



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

GIL FERREIRA SANTOS

PATRÍCIA OLÍVIA BORGES

**O VIVER DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS FRENTE ÀS
REPERCUSSÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA**

**FLORIANÓPOLIS
2013**

GIL FERREIRA SANTOS

PATRÍCIA OLÍVIA BORGES

**O VIVER DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS FRENTE ÀS
REPERCUSSÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Profª Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

**Florianópolis
2013**

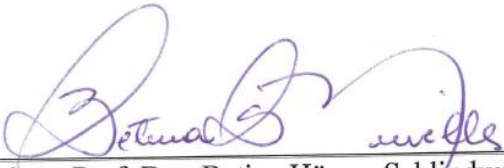
GIL FERREIRA SANTOS
FOLHA DE APROVAÇÃO DA BANCA COM ASSINATURAS (ESCANEADA)
(NA VERSÃO FINAL)

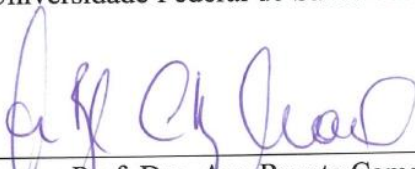
**O VIVER DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS FRENTE ÀS
REPERCUSSÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA**


Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado e aprovado para obtenção do Título de Enfermeira pelo Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.

Florianópolis, 08 de Julho de 2013
Professora Dra. Soraia Dornelles Schoeller
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:


Orientadora: Prof. Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles
Universidade Federal de Santa Catarina


1º Membro da Banca: Prof. Dra. Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia
Universidade Federal de Santa Catarina


2º Membro da Banca: Doutoranda Cecília Arruda
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS ACADÊMICA GIL

Agradeço a Deus pela vida, por reger e guiar meus passos nesta caminhada terrena. Por iluminar-me e dar sustentação para que eu possa seguir sempre em frente.

Agradeço em especial a minha mãe Katia Regina Ferreira que desde o meu nascimento não poupou esforços para garantir minha educação. Agradeço pelo carinho, amor, apoio e por tudo que você fez e faz para que eu consiga realizar os meus objetivos, muitas vezes deixando os seus de lado. Obrigada pelo amor incondicional desde o dia que nasci, admiro-te e sou eternamente grata por tudo! Você é uma guerreira!

A minha irmã July pelo companheirismo e amizade, principalmente este ano através da nossa convivência diária. Meus avós Suzalda e Darci, pelos feijões congelados, ovos, pães, “trocadinho” e pelo amor que sempre tiveram comigo como se fossem meus pais.

Agradeço ao meu namorado Alessandro Javier Volpi, pelas noites em claro me ajudando a estudar as matérias no começo da graduação; parasitas, protozoários, hospedeiros, entre outros. Mesmo sem entender sobre o assunto me acompanhou nessa jornada de estudos. Obrigada pelo apoio, amizade e amor que posso contar e diariamente.

Agradeço a minha colega Patrícia, pelo companheirismo nos estágios, por fazer a rotina mais suave com nossas conversas, desabafos e risadas durante esse período de conclusão acadêmica. Vencemos essa batalha! Obrigada pela amizade e que se estenda além da faculdade. Agradeço também meus amigos, especialmente os que estão em Sombrio, por entenderem minha ausência e mesmo distante continuar cultivando a verdadeira amizade.

A professora Betina H.S.Meirelles, por ter aceitado participar da orientação deste trabalho. Obrigada pela ajuda, orientação e esclarecimentos durante esse processo. Agradeço a amizade e ao apoio que nos deu durante essa caminhada.

AGRADECIMENTOS ACADÊMICA PATRÍCIA

Grata à Deus por estar presente na fé e percorrer este caminho ao meu lado, renovando a cada dia as minhas forças.

Grata à minha mãe M^a Salete, meu amor maior e meu exemplo. Por me valorizar e nunca me deixar desistir dos meus sonhos. Pelas orações, pelos abraços de conforto, pelas palavras de carinho e pelo tempo distendido a sempre me ajudar a seguir por este caminho. Obrigada por ser minha referencia de vida.

Aos meus irmãos, Priscila, Samara e Sandro, que de forma especial e amigável, estiveram sempre ao meu lado, deixando os meus dias mais alegres e descontraídos. Obrigada pela união e companheirismo diante das situações do dia-a-dia.

Grata aos meus amigos e companheiros que se fizeram presentes a cada dia desta caminhada que agora se encerra. Conviver com vocês nestes quatro anos e meio foi uma experiência inigualável que será lembrada por todo o sempre. Todos foram e sempre serão muito especiais para mim, mas algumas eu simplesmente quero ter o prazer de mantê-las ao meu lado, por que sempre foram fiéis e companheiras: Bruna, Bruna SS, Fernanda e Mariane, vocês tornam os meus dias mais felizes quando estou com vocês.

Grata à minha amiga e companheira deste trabalho Gil. Que sempre tentava me mostrar o lado bom de cada momento ruim e cada barreira que tivemos que derrubar. Você sempre alegre, com suas histórias cômicas, me fez passar bons momentos nos estágios que vivenciamos juntas. Serás sempre lembrada e quero que essa amizade não deixe de se fortalecer.

Grata aos mestres que com seu arrimo me mostraram a beleza desta profissão que venho a me formar. Obrigada pela transmissão de conhecimento, dedicação, e, sobretudo, pela excelência do ensino oferecido. Em especial ao Enfermeiro Décio, que foi minha primeira e melhor referência profissional, àquele que se dispôs a me ensinar e mostrar que ser Enfermeiro transcende os conhecimentos adquiridos em sala de aula. Muito obrigada por estes três anos de convivência e por ser o melhor supervisor de estágio

EPÍGRAFE

“De tudo, fica-se apenas três coisas: a certeza de se estar sempre começando, a certeza de que é preciso continuar e a certeza de que se é interrompido antes de terminar. Por isso, fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte, da procura um encontro.”

Encontro Marcado, Fernando Sabino.

BORGES, Patrícia Olívia; SANTOS, Gil Ferreira. **O viver das pessoas com diabetes mellitus frente às repercussões da cirurgia bariátrica, 2013.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 83 p.

Orientador: Betina Hörner Schlindwein Meirelles, Dr^a.

RESUMO

A obesidade representa hoje uma doença em expansão com velocidade incontrollável, alvo de preocupação dos órgãos públicos tanto pela sua prevalência, quanto pela sua complexidade e co-morbidades associadas. Esta associação com a obesidade é evidenciada e bem definida em um grande número de pacientes com diabetes tipo 2 (DM 2). Cerca de 90% destes são obesos ou têm sobrepeso. A íntima associação entre a diabetes e a obesidade fez com que muitos autores de língua inglesa cunhassem o termo “*diabesity*”. O tratamento clínico da obesidade e, sobretudo o diabetes tipo 2, são considerados ineficazes em um número significativo de casos. Para os pacientes com obesidade grave, ou seja, Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 40 Kg/ m² e aos outros com IMC igual ou maior que 35, e que já apresentam doenças associadas, a cirurgia bariátrica tem demonstrado ser eficaz na melhora destas doenças, sobretudo, na reversão da diabetes. Como a perda de peso contribui para o sucesso da terapêutica em diabéticos, o combate à obesidade ganha cada vez mais importância neste cenário. Por ser esse um tratamento relativamente novo, dentro do contexto da saúde, sobretudo, da área de enfermagem, pouco se sabe acerca dos benefícios, limitações e percepções vivenciadas pelos indivíduos que a ele se submetem. Diante disso, o objetivo geral da presente investigação foi avaliar as repercussões da cirurgia bariátrica para o viver de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 atendidas em um Hospital Universitário de Referência no Estado de Santa Catarina. Para conduzir e sustentar teoricamente esta pesquisa utilizou-se de conceitos fundamentados por Dorothea Orem, através da teoria do Autocuidado. O estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa de natureza convergente assistencial. Foram entrevistados 09 pacientes com obesidade grau II ou grau III e que apresentam como co-morbidade associada a diabetes tipo 2, atendidos no ambulatório de pós-operatório do referido Hospital onde foram submetidos à Cirurgia Bariátrica. A análise dos resultados levou a discussão de duas categorias: Vivenciando as repercussões e o autocuidado após a Cirurgia Bariátrica onde são discutidas em subcategorias as melhorias ao viver destas

peessoas através do controle de doenças associadas, sobretudo, a remissão do diabetes tipo 2 e alterações metabólicas que o procedimento cirúrgico oferece com incremento da qualidade de vida e; Vivendo melhor com Diabetes mellitus após a cirurgia bariátrica onde são apresentados aspectos relevantes para o progresso de uma vida saudável, ao melhorar a disposição para o autocuidado e o acréscimo de valores pessoais e coletivos, como autoestima, aceitação pessoal e enfrentamento de problemas psicossociais. Conclui-se a importância dos cuidados, com as orientações e ações da equipe multiprofissional, para que as pessoas com diabetes tipo 2 submetidas a cirurgia bariátrica atinjam o seu objetivo. Este processo exige o envolvimento das pessoas no seu cuidado para que os resultados positivos sejam alcançados.

Palavras-Chave: Cirurgia Bariátrica, Obesidade, Diabete Mellitus, Enfermagem, Cuidado.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Classificação de peso pelo IMC.....	23
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização dos participantes da pesquisa segundo dados sócio demográficos.....48

TABELA 2: Caracterização das pessoas com diabetes tipo 2, submetidas a cirurgia bariátrica segundo dados clínicos, presença de co-morbididades e tratamento.....50

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABESO Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.

DBO Diretrizes Brasileiras de Obesidade

DCNT Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

DCV Doenças cardiovasculares

DGYR Derivação gástrica em Y de Roux

DM Diabetes mellitus

DM 2 Diabetes mellitus Tipo 2

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

HU Hospital Universitário

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IMC Índice de Massa Corporal

OMS Organização Mundial da Saúde

SBEM Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

SBCBM Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SUS Sistema Único de Saúde

UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 JUSTIFICATIVA.....	17
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1 OBESIDADE E SUAS REPERCUSSÕES.....	22
3.1.1 Etiologia da Obesidade.....	24
3.1.2 Tratamento da Obesidade.....	25
3.1.2.1 Tratamento Cirúrgico da Obesidade.....	26
3.2 DIABETES MELLITUS E A CIRURGIA BARIÁTRICA.....	28
3.3 ENFERMAGEM E A PESSOA SUBMETIDA À CIRURGIA BARIÁTRICA.....	31
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	34
4.1 CONCEITOS.....	36
5 METODOLOGIA.....	39
5.1 LOCAL DE ESTUDO.....	39
5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	40
5.3 COLETA DE DADOS.....	40
5.3.1 Instrumento de Coleta de Dados.....	41
5.3.2 Coleta de dados e a convergência com o cuidado.....	41
5.4 ANÁLISE DE DADOS.....	42
5.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
6 RESULTADOS.....	45
ARTIGO I - O VIVER DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS FRENTE ÀS REPERCUSSÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA.....	46
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68

REFERENCIAS.....	70
APÊNDICES.....	76
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	77
APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	79
ANEXOS.....	81

1 INTRODUÇÃO

Os maiores riscos para a saúde e o bem-estar, para grande parte da população, envolvem atitudes do próprio comportamento individual no decorrer de sua vida. Dessa forma, dados epidemiológicos afirmam que a obesidade representa hoje uma doença em expansão com velocidade incontável, alvo de preocupação dos órgãos públicos e da população em geral tanto pela sua prevalência, quanto pela sua complexidade e comorbidades que implicam na qualidade de vida e risco de morte (IMIANOVSKI; ROSS, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011) apresenta informações epidemiológicas sobre a obesidade e afirma que sua prevalência cresceu acentuadamente nas últimas décadas, principalmente nos países em desenvolvimento. Tem sido apontada como um dos principais fatores de risco para o diabetes tipo 2 (DM 2). Estima-se que entre 80 e 90% dos indivíduos acometidos por esta doença são obesos e o risco está diretamente associado ao aumento do índice de massa corporal (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Além disso, a Organização Mundial de Saúde considerou que, em 2005, havia aproximadamente 1,6 milhões de indivíduos com sobrepeso e pelo menos 400 milhões de adultos obesos. As projeções para 2015 incluem aproximadamente 2,3 milhões de adultos com excesso de peso, sendo que, deste total, 700 milhões serão obesos. Cabe ressaltar que é atribuível à obesidade e ao sobrepeso 44% dos casos de diabetes mellitus (DM) e os países em desenvolvimento contribuem com $\frac{3}{4}$ da carga global da doença (WHO, 2011; BRASIL, 2011), bem como estima-se que a proporção de diabetes não diagnosticada em diversos países no mundo está entre 30% e 60% (VIGITEL, 2012).

De modo mais específico, no Brasil, a obesidade tem aumentado significativamente nas duas últimas décadas. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2008/2009) revelam que 50,1% dos indivíduos do gênero masculino e 48,0% do feminino apresentam sobrepeso, 12,5% e 16,9% apresentam obesidade, respectivamente.

Os índices de obesidade que foram apresentados são importantes preocupações em saúde pública, devido principalmente à sua associação com aumento de risco para desenvolver hipertensão arterial sistêmica (HAS), anormalidades lipídicas, DM e doença coronariana (MELLO *et al*, 2004), bem como por apresentar-se como um problema de saúde prevalente em ascensão e dispendioso do ponto de vista social e econômico para os órgãos públicos (VIGITEL, 2012). Esta associação com a obesidade é evidenciada e bem definida em um grande número de pacientes DM 2, sendo que sua prevalência varia dependendo de fatores genéticos e ambientais (educacionais e culturais) (CORRÊA *et al*, 2003). Estudos recentes de Zeve e Tomaz (2011) evidenciam que o grau de obesidade está muito associado com a incidência desta patologia. Cerca de 90% das pessoas com DM 2 são obesos ou têm sobrepeso. A íntima associação entre a diabetes e a obesidade fez com que muitos autores de língua inglesa cunhassem o termo “*diabesity*”.

Neste sentido, o DM, é uma doença integrante do grupo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), as quais são de difícil conceituação, seja como doenças não-infecciosas, doenças crônicas-degenerativas ou como doenças crônicas não-transmissíveis, sendo que atualmente esta última conceituação é mais utilizada.

Outra associação entre estas doenças crônicas é o fato de que a obesidade, especialmente a visceral, é um fator que leva à diminuição da sensibilidade à insulina e pode estar associada à intolerância à glicose, dislipidemia e HAS, todos integrantes da síndrome metabólica e considerados fatores de risco para o sistema cardiovascular. A obesidade e co-morbidades relacionadas, entre elas o DM 2, aumentam a morbidade e a mortalidade da população acometida (FREITAS, 2007).

O estilo de vida e os maus hábitos alimentares dos indivíduos estão associados a diversos prejuízos à saúde, entre eles, a obesidade. Frente a algum grau de anormalidade da homeostase glicêmica, é observado um maior IMC e maior número de obesos. Com o aumento do IMC, o risco de desenvolver DM fica mais pronunciado, contudo o tecido adiposo atua aumentando a demanda por insulina em pacientes obesos, criando resistência a esta, o que ocasiona aumento na glicemia e consequente hiperinsulinemia (ESCOBAR, 2009).

O tratamento clínico da obesidade e, sobretudo o DM 2, são considerados ineficazes em um número significativo de casos. Nos últimos anos, apesar de

modificações nas medicações utilizadas, dados da literatura mostram piora das taxas de controle metabólico do DM (FREITAS, 2007). Pacientes com obesidade grave, ou seja, IMC maior ou igual a 40 Kg/m^2 apresentam maior risco de desenvolver esta comorbidade. Para estas pessoas, e aos outros com IMC igual ou maior que 35, e que já apresentam doenças associadas, a cirurgia bariátrica tem demonstrado ser eficaz na melhora destas doenças (ZEVE; TOMAZ, 2011).

Enquanto novas drogas continuam a melhorar o tratamento clínico do DM, a maioria dos pacientes nunca atinge os objetivos definidos para o sucesso da terapêutica, fator que abre espaço para novas possibilidades de tratamento, como a cirurgia bariátrica (COHEN; TORRES; SCHIAVON, 2010). Como a perda de peso contribui para o sucesso da terapêutica em diabéticos, o combate à obesidade ganha cada vez mais importância neste cenário (ZEVE; TOMAZ, 2011).

O recurso cirúrgico veio proporcionar uma melhor qualidade de vida e redução importante dos fatores de risco. Sabe-se que a perda de peso pós-cirurgia bariátrica varia de 40 a 60% do peso inicial e que, a cada 10% de perda de peso, observa-se redução de 30% das co-morbidades do paciente obeso mórbido (KALUF; AZEVÊDO; RODRIGUES, 2006).

A indicação desta intervenção vem crescendo nos dias atuais e baseia-se em análise abrangente de múltiplos aspectos do paciente. São candidatos para o tratamento cirúrgico os pacientes com IMC maior que 40 Kg/m^2 ou maior que 35 Kg/m^2 associado a co-morbidades (hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, apneia do sono, entre outras). A seleção de pacientes requer tempo mínimo de cinco anos de evolução da obesidade e história de falência do tratamento convencional realizado por profissionais qualificados e se faz necessário acompanhamento pré-operatório com uma equipe multiprofissional de saúde (BRANCO-FILHO, 2011).

Por ser esse um tratamento relativamente novo, dentro do contexto da saúde, pouco se sabe acerca dos benefícios e limitações vivenciados pelos indivíduos que a ele se submetem (VASCONCELOS, 2006). Por esta razão, é necessário saber que as decisões frente ao tratamento cirúrgico e suas consequências clínicas sobre a saúde e o bem estar estão muito relacionadas com a percepção e avaliação que a pessoa tem sobre sua própria saúde e os benefícios futuros, devendo-se levar em conta o processo de humanização e assistência à saúde destes indivíduos frente a esta nova realidade.

Em termos de saúde integral, não se pode avaliar o resultado da cirurgia somente pela perda de peso. A análise do processo que envolve o desafio de o sujeito ter o livre arbítrio para construir a qualidade da sua vida cotidiana em sua plenitude e poder tornar realidade o desaparecimento das doenças associadas. Sabe-se que construir uma vida mais saudável – resultado esperado pela população que se submete a cirurgia – é um processo muito complexo, pois envolve a interligação dos aspectos físicos, psíquicos e sociais, e varia de indivíduo para indivíduo (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

É imprescindível que haja reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, quanto à necessidade de propor ações de cuidado integral que possam atender as expectativas do indivíduo com relação a mudanças estéticas de seu corpo, suas limitações, alterações clínicas de suas co-morbidades e possíveis consequências do tratamento cirúrgico, tendo em vista sua situação particular e seu viver social (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

É neste contexto que a enfermagem se faz presente, atuando em razão de um viver mais saudável e mais humanizado. Trata-se de um momento de transpor as práticas assistenciais tradicionais ao cuidado do paciente submetido a tal procedimento cirúrgico, intervindo positivamente na evolução de seu tratamento, por meio da compreensão das repercussões frente a esta nova condição que se apresenta. A enfermagem vem adquirindo espaço nesse meio através da educação em saúde e vem atuando de forma a propor o autocuidado e proporcionar a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

A percepção e o entendimento do indivíduo sobre o seu viver e sua saúde é singular, bem como o significado que ele atribui a complexidade de ser obeso e possuir uma doença crônica associada. Neste sentido, pensando-se na construção de um conhecimento que auxilie na dinâmica do processo de viver após a cirurgia bariátrica, é que surge a nossa questão de pesquisa: Quais as repercussões para o viver de pessoas com DM 2 submetidas à cirurgia bariátrica frente às alterações decorrentes deste procedimento?

1.1. Justificativa

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011) projetou que em 2005 o mundo teria 1,6 bilhões de pessoas acima de 15 anos de idade com excesso de peso ($\text{IMCI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) e 400 milhões de obesos ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$). A projeção para 2015 é ainda mais pessimista: 2,3 bilhões de pessoas com excesso de peso e 700 milhões de obesos, indicando um aumento de 75% nos casos de obesidade em 10 anos (VIGITEL, 2009 e POF, 2008-2009).

O Brasil ocupa no ranking da OMS a 77ª posição, bem atrás dos campeões insulares da Micronésia no Pacífico Sul: Nauru, Ilhas Cook, Estados Federados da Micronésia e Tonga. Os Estados Unidos, apesar da notoriedade, ocupam a quinta posição e a Argentina é o país mais obeso na América do Sul, ficando em oitavo (VIGITEL, 2009; POF, 2008-2009).

Foi encontrada uma frequência de excesso de peso de 46,6%, sendo maior entre homens (51,0%) do que entre mulheres (42,3%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tende a aumentar com a idade. O aumento é maior entre as faixas etárias 18-24 e 35-44 anos para os homens e entre as faixas etárias 18-24 e 45-54 anos para as mulheres, quando a frequência do excesso de peso é quase duplicada (VIGITEL, 2009; POF, 2008-2009).

Apesar de ocorrer em todas as regiões brasileiras, a Região Sul tem o maior crescimento na frequência de excesso de peso (VIGITEL, 2009; POF, 2008-2009). São fatores de risco no Brasil: os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana, 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes 5 ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente (BRASIL, 2011a).

Como nos outros países, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), *diabetes* (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011b).

No Brasil, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias. Além disso, os custos diretos das DCNT para o sistema de saúde representam impacto crescente. No Brasil, as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares. Além das taxas crescentes de mortalidade, o DM preocupa pelo aumento na sua prevalência estimada em inquéritos e pelo número de atendimentos ambulatoriais e hospitalares provocados pela doença e suas complicações (BRASIL, 2011a).

Neste sentido, a promoção de saúde e, sobretudo a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, no caso a obesidade, são imprescindíveis para que este crescimento epidêmico seja reduzido, evitando assim que suas consequências afetem a qualidade de vida e o sistema de saúde do país. Portanto, a cirurgia bariátrica apresenta-se como um recurso consistente nos casos de obesidade grave com falha de tratamento clínico, proporcionando aos pacientes reduções nos índices de mortalidade e melhora de co-morbidades clínicas, sobretudo, o DM 2.

Foi observado também que, nas bases de dados e na própria vivência acadêmica durante a construção deste trabalho, existem poucos estudos publicados e demonstrando evidências sobre esta temática, principalmente relacionados à Enfermagem. Também, a atuação de uma das acadêmicas como bolsista na equipe da Cirurgia Bariátrica, teve conhecimento do assunto e despertou a vontade de abordar a temática, sendo a ideia compartilhada pela outra colega que tinha interesse em estudar doenças crônicas.

Observou-se também, que atualmente a equipe multidisciplinar que acompanha as pessoas no período de pós-operatório de cirurgia bariátrica, no ambulatório do Hospital Universitário-HU, não conta com o profissional enfermeiro para realizar os cuidados e orientações específicas para este período de adaptações no viver de quem foi submetido a tal procedimento cirúrgico. Isto demonstra a necessidade de entender a importância da atuação do profissional de enfermagem nesta área, para que todo o processo de viver com diabetes, ser obeso e o ser submetido a cirurgia aconteça na perspectiva de mudanças e de autocuidar-se, com resultados na promoção da saúde destas pessoas a longo prazo.

As vivências das acadêmicas ao participarem do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde à Pessoas em Condições Crônicas (NUCRON) fortaleceu a ideia de pesquisar os aspectos relacionados ao viver com uma condição crônica de saúde, mais especificamente com diabetes mellitus e obesidade, a partir da realização da cirurgia bariátrica. Assim, este estudo insere-se na linha de pesquisa: "Cuidado em saúde e enfermagem nas situações agudas e crônicas de saúde", vinculada ao macro projeto de pesquisa "Promoção do cuidado a pessoas em condição crônica".

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer as repercussões da cirurgia bariátrica para o viver de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 atendidas no Ambulatório de um Hospital Universitário de Referência no Estado de Santa Catarina.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Listar a presença de co-morbidades ligadas à obesidade nas pessoas submetidas a cirurgia bariátrica;
- ✓ Explorar as repercussões para o viver das pessoas com DM 2 ante situações pós-cirúrgica;
- ✓ Identificar a percepção das pessoas com DM 2, em relação ao processo de viver com DM 2 após a cirurgia bariátrica;
- ✓ Desenvolver atividades de suporte educativo, em sala de espera, as pessoas com DM2 atendidas no ambulatório no período pós operatório.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A OBESIDADE E SUAS REPERCUSSÕES

A obesidade é uma doença crônica, endócrino-metabólica, heterogênea e multifatorial (LUIZ; ENCARNAÇÃO, 2008) e é definida pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM, 2005), como o excesso de tecido adiposo no organismo, com acúmulo localizado ou generalizado, provocado por desequilíbrio nutricional associado ou não a distúrbios genéticos, endócrinos metabólicos, psicológicos e socioculturais. Este acúmulo é conseguido à custa de um balanço energético positivo entre o consumo e o gasto de energia. No entanto, há mais fatores na gênese da obesidade que apenas a ingestão e queima energética (DBO, 2009/2010).

A diferença entre a normalidade e a obesidade é arbitrária, mas um indivíduo é considerado obeso quando a quantidade de tecido adiposo aumenta em uma extensão tal que a saúde física e psicológica são afetadas e a expectativa de vida é reduzida (MANCINI, 2001).

O sobrepeso e a obesidade são agravos nutricionais que mais preocupam tanto pelo incremento rápido e progressivo na sua prevalência e riscos associados quanto pelo fato do fenômeno ocorrer em todas as fases da vida. Este vem sendo considerado um grande problema de saúde pública nos países desenvolvidos. A obesidade encontra-se no conjunto dos problemas mais preocupantes, uma vez que constitui um comprometimento orgânico complexo, de causas diversas e de tratamento difícil (ANJOS, 2013).

Tal problema é analisado por meio de dados epidemiológicos que têm se tornado alarmantes, seja no que tange às taxas crescentes de prevalência e incidência, sejam nas implicações relacionadas às doenças associadas, também conhecidas como comorbidades (SANTO; CECCONELLO, 2008). Em função da magnitude da obesidade e da velocidade da sua evolução por todo o mundo, este agravo tem sido definido como uma pandemia, atingindo tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento, entre eles o Brasil (IBGE, 2004).

O índice de massa corpórea (IMC), que foi desenvolvido pelo matemático Lambert Quetelet em meados do século XIX, está entre as várias formas de mensuração da obesidade em adultos e tornou-se o padrão referencial para essa avaliação, devido a sua praticidade e elevado grau de confiabilidade na indicação da gordura corporal, além de permitir a classificação da obesidade em quatro níveis – graus I, II, III (grave ou mórbida) e super-obesidade, constituindo-se no mais importante índice, dentre vários outros parâmetros antropométricos e clínico-laboratoriais indicativos de obesidade e risco para doenças associadas. O mesmo foi calculado dividindo-se o peso (kg) pela altura ao quadrado (m^2) (SANTO; CECCONELLO, 2008).

A caracterização da gravidade da obesidade grau III (IMC maior de 40 kg/m^2) dá-se devido à conjunção de três aspectos: prevalência elevada da compulsão alimentar, resistência aos tratamentos clínicos (perda de peso insuficiente ou não sustentada) e associação frequente com doenças inter-relacionadas, que são provocadas ou agravadas pela obesidade e que melhoram com a redução e controle do peso (SANTO; CECCONELLO, 2008, p. 1).

A obesidade leva a distúrbios das condições de saúde do organismo. Essas alterações podem ser representadas por distúrbios psicológicos, sociais, aumento do risco de morte prematura e o aumento de risco de doenças de grande morbi-mortalidade como Diabetes Mellitus, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemias, doenças cardiovasculares (DCV) e câncer. Além disso, pode estar associada a outras doenças que podem interferir na qualidade de vida do indivíduo obeso (WHO, 2009).

A obesidade como já explicitado, é uma doença não transmissível, que tem como características: longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação e de múltiplas determinações, com forte componente ambiental (BRASIL, 2006, p. 26)

Conforme aponta Mancini (2002), podem-se estabelecer dois tipos de diagnósticos quando o paciente é obeso: um quantitativo, que se refere à massa corpórea ou à massa do tecido adiposo, e um qualitativo, que se refere à distribuição de gordura corporal ou à presença de adiposidade visceral.

O diagnóstico quantitativo baseia-se, na prática clínica, na determinação do Índice de Massa Corpórea (IMC) ou índice de Quetelet, calculado dividindo-se o peso (kg) pela altura ao quadrado (m^2), o uso do IMC, porém, ignora a distribuição de gordura corpórea, diferindo-o do diagnóstico qualitativo que visa uma melhor classificação da distribuição de gordura corporal (MANCINI, 2001).

Para esta abordagem qualitativa se faz necessário avaliar a localização da gordura para melhor determinar o diagnóstico. Sabe-se que o excesso de gordura abdominal (tipo andróide ou em maçã) pode estar associado a um maior risco de doenças cardiovasculares, ao passo que, a distribuição inferior ou ginóide (em pêra) apresenta maior correlação com doenças trombo-embólicas e problemas ortopédicos, portanto, é importante que ocorra a associação da medida da circunferência abdominal com o IMC pois oferece uma forma combinada de avaliação de risco e ajuda a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas (MANCINI, 2001).

A classificação de peso pelo IMC, adaptada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), baseia-se em padrões internacionais desenvolvidos para pessoas adultas descendentes de europeus.

Classificação	IMC (Kg/m ²)	Risco de Co-morbidades
Baixo Peso	<18,5	Baixo
Peso Normal	18,5-24,9	Médio
Pré-obeso	25,0-29,9	Aumentado
Obeso I	30-34,9	Moderado
Obeso II	35-39,9	Grave
Obeso III	> 40	Muito Grave

Fonte: DBO, 2009

QUADRO 1: Classificação de peso pelo IMC.

Analisando-se a tabela, observa-se que a obesidade é definida como um IMC igual ou superior a 30Kg/m², podendo ser também subdividida em termos de severidade da obesidade, segundo o risco de outras morbidades associadas (WHO, 2000).

3.1.1 Etiologia da obesidade

A etiologia da obesidade é complexa, multifatorial, resultante da interação genética e ambiental, mediada por fatores sociais, econômicos, endócrinos, metabólicos

e psiquiátricos (IBGE, 2002/2003). O estilo de vida, fator comportamental e os fatores ambientais podem representar o papel desencadeante da obesidade em muitos indivíduos, embora os genes também apresentem grande relevância a cerca da determinação da ingestão alimentar e no metabolismo energético (SANTIAGO, 2012).

O ambiente moderno é um potente estímulo à obesidade. Nesta ocasião, o sedentarismo, proveniente da falta de atividade física e o aumento da ingestão calórica são os fatores determinantes ambientais mais observados. A perda/controle do peso se apresenta como um dos maiores desafios às pessoas em todo o mundo, pois o estilo de vida urbano favorece o consumo de alimentos pouco saudáveis e a não valorização da prática de atividade física (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2010).

A transição nutricional, com diminuição dos índices de desnutrição e aumento dos casos de obesidade, bem como o comportamento alimentar exagerado, estão fortemente associados às mudanças nos padrões de consumo dos alimentos, como também mudanças de ordem social e demográfica (MOTTA, 2004; BRASIL, 2006).

Os fatores que levam o indivíduo a um balanço energético positivo variam de pessoa para pessoa, embora, existam evidências sugerindo a influência genética no desenvolvimento da obesidade, tais fatores genéticos podem estar associados à eficiência no aproveitamento, armazenamento e mobilização dos nutrientes ingeridos, ao gasto energético, ao controle do apetite e comportamento alimentar (FRANCISCHI et al., 2000).

Como se pode observar, a obesidade está relacionada à maneira de viver e as condições efetivas de vida e saúde da sociedade, classes, grupos e indivíduos, que são construções históricas e sociais (BRASIL, 2006a).

3.1.2 Tratamento da obesidade

Para a pessoa que apresente obesidade/sobrepeso, a OMS (WHO, 1998) propõe a redução moderada na ingestão de energia como estratégia para a redução da massa corporal, associada a exercícios físicos e às mudanças nos hábitos cotidianos. Sabe-se

que o tratamento da obesidade é complexo e multidisciplinar e que não existe nenhum tratamento em longo prazo que não envolva mudança de estilo de vida.

O manuseio clínico da obesidade é difícil. Além do emagrecimento, a manutenção do peso atingido não é possível para a maioria dos obesos. Ainda que se possam utilizar medicamentos, dietas de valor calórico reduzido e, nos casos graves a cirurgia bariátrica como forma de emagrecimento, as mudanças no estilo de vida por meio de aumento do conhecimento e técnicas cognitivo comportamentais são ainda as que mais apresentam necessidade de continuidade. É importante que a escolha do tratamento baseie-se na gravidade do problema e na presença de complicações associadas (ABESO, 2009/2010).

Deve-se considerar o sucesso no tratamento da obesidade a habilidade de atingir e manter uma perda de peso clinicamente útil e estável, que resulte em efeitos benéficos sobre doenças associadas e qualidade de vida. O sucesso em longo prazo depende de constante vigilância na adequação do nível de atividade física e de ingestão de alimento, além de outros fatores, como apoio social, familiar e automonitorização (SBEM, 2005).

O tratamento clínico da obesidade tem suas bases pautadas na reeducação alimentar, na promoção de atividades físicas regulares, na terapia comportamental e no tratamento medicamentoso. A abordagem do paciente obeso deve ser multidisciplinar, buscando tratar o paciente como um todo, não se esquecendo de buscar uma melhoria na condição de vida social, biológica e psicológica do paciente (SBEM, 2005).

A complexidade que envolve a situação de ser obeso tem grande relevância no que tange o tratamento com melhor resolução do caso. Pelo fato de a obesidade ser um fenômeno bastante centrado no aspecto comportamental, a meta de atingir um peso saudável passou a exigir grandes mudanças nos hábitos de vida, sobretudo aqueles relacionados ao aspecto psíquico, aumentando-se, dessa forma, o grau de dificuldade para atingir uma perda ponderal satisfatória e, sobretudo, conseguir mantê-la (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

3.1.2.1 Tratamento cirúrgico: Cirurgia bariátrica

Atualmente, existem diversos tratamentos para a perda de peso, dentre os quais se destaca a variedade de dietas, psicoterapias, medicamentos e programas de atividades físicas. Porém, a maioria dos obesos mórbidos não obtém sucesso com esses recursos (REPETTO; RIZZOLLI; BONATTO, 2003). A avaliação do cenário da obesidade na população, e das dificuldades das pessoas seguirem o tratamento habitual e terem sucesso com ele, bem como a presença de problemas crônicos de saúde relacionados a essa doença, estimulou a ciência médica a desenvolver um tratamento via intervenção cirúrgica (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

Desde a década de setenta do século passado, as pessoas que sofrem de obesidade mórbida podem contar com a cirurgia bariátrica como forma ampliada de tratamento (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011). O tratamento cirúrgico da obesidade apresentou grandes avanços a partir das últimas décadas do século XX em decorrência dos bons resultados de novas técnicas cirúrgicas na redução do peso e na evolução das comorbidades (CENEVIVA et al., 2011), além de ser uma opção de tratamento eficaz e segura para a perda de peso, aumenta a longevidade e a qualidade de vida dos obesos mórbidos.

Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2013) demonstram que no ano de 2010 foram realizadas 64,04 mil cirurgias bariátricas no país, apresentando um aumento de 275% em relação a 2003, ano em que os primeiros registros foram coletados, e de 33% em relação a 2009. Em hospitais vinculados ao SUS o número de cirurgias aumentou quase 800% entre 2001 e 2010. Em unidades particulares, o crescimento registrado na última década é menor, cerca de 300%. “Os números fazem do Brasil o segundo colocado no ranking de cirurgias bariátricas, atrás apenas dos Estados Unidos, com 300 mil procedimentos em 2010”.

Segundo o Consenso Bariátrico definido pela SBCBM, as cirurgias bariátricas, independentemente da técnica a ser utilizada, estão indicadas, em relação à massa corpórea, para as pessoas com índice de massa corporal (IMC) $>40 \text{ kg/m}^2$, independentemente da presença de co-morbidades e IMC entre 35 e 40 kg/m^2 na presença de co-morbidade.

Entretanto, dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) apontam que foi aprovada no Brasil, em 17 de fevereiro de 2011, uma nova regulamentação que autoriza a utilização da banda gástrica no tratamento da obesidade moderada, de maneira que

indivíduos com o índice de massa corpórea (IMC) a partir de 30kg/m² e que sofram de alguma doença associada à obesidade, como diabetes, hipertensão arterial e apneia do sono, estão aptos para o tratamento cirúrgico.

Os procedimentos bariátricos, de acordo com o mecanismo de perda de peso, são classificados em restritivos, disabsortivos e mistos. Dessa forma, Ceneviva et al (2011, p. 403), destaca que:

As técnicas cirúrgicas atuais podem ser divididas de acordo com o mecanismo de redução de peso em: restritivas que, por reduzir a capacidade do estômago, resultam em menor ingestão de alimentos e saciedade precoce; disabsortivas que, mediante a exclusão de segmento extenso do intestino delgado, resultam em má-absorção dos alimentos; e mistas que têm os componentes restritivo e disabsortivo.

É importante salientar que o procedimento cirúrgico possibilita à redução do peso inicial, que pode ser em média 40% em um ano a partir da realização da cirurgia. A técnica mista utilizada e predominantemente restritiva é a derivação gástrica em Y de Roux (DGYR), também chamada operação de Fobi-Capella. A DGYR é a mais aceita universalmente para o tratamento cirúrgico da obesidade grau III, sendo que no Brasil 90% das cirurgias realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são realizadas com esta técnica, inclusive no Hospital em que será desenvolvido este estudo; envolve gastroplastia vertical com ou sem anel de contenção (componente restritivo) e derivação gastrojejunal em Y de Roux (componente disabsortivo) (CENEVIVA et al., 2011).

3.2 A DIABETES MELLITUS E A CIRURGIA BARIÁTRICA

Entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), vem alcançando proporções de grande relevância no Brasil. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de indivíduos portadores da doença em caráter mundial, no ano 2000, era de 177 milhões. Estima-se que em 2025 esse número possa alcançar 350 milhões de pessoas (BRASIL, 2006b).

Esta patologia caracteriza-se por apresentar deficiência relativa de insulina, fator que pode estar relacionado à ação ou secreção da mesma. Os defeitos tornam-se

presentes quando a hiperglicemia é manifestada, no entanto pode sobressair um em relação aos outros (SBD, 2006).

A maioria dos indivíduos com DM 2 apresentam sobrepeso ou obesidade. Pode ocorrer em qualquer idade, com maior prevalência de diagnóstico após os 40 anos. Quem vive nessa condição não é necessariamente dependente de insulina exógena para sobreviver, no entanto podem necessitar de tratamento com insulina ou hipoglicemiante oral para alcançar um controle metabólico adequado (SBD, 2006).

O diagnóstico é feito através do controle glicêmico e pelo teste de hemoglobina glicada. Este teste reflete a glicemia média do indivíduo dentro de um intervalo de tempo, geralmente de dois a três meses anteriores a data realizada. Desta forma, pode-se mensurar os índices com maior eficácia, favorecendo o tratamento. O controle através do teste de glicemia comum complementa o outro, já que reflete o nível de glicose sanguínea no exato momento que é utilizado. Os dois testes se fornecem e se completam, favorecendo a progressão do tratamento (SBD, 2006).

Em relação aos cuidados prestados ao indivíduo portador da patologia, são priorizados os que favoreçam a prevenção do diabetes em decorrência dos elevados números de morbimortalidades associados. Esses cuidados devem ser iniciados pelos profissionais através da assistência prestada no nível de atenção básica, identificando os fatores de risco como, sedentarismo, hábitos não saudáveis, obesidade e controle dos índices glicêmicos. Deste modo atua-se na prevenção de complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2006b). O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é hoje um dos principais problemas de saúde pública, contribuindo significativamente para a morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo. Com todos esses dados preocupantes e a crescente epidemia de DM2 no mundo (SCHUTZ et al., 2012), a busca de terapias mais eficientes no controle dessa doença se torna algo fundamental. Levando-se em conta que o maior risco para o desenvolvimento do DM 2, é a obesidade, nos últimos anos, vários estudos vêm demonstrando o potencial das cirurgias bariátricas na reversão do DM2 e nos benefícios advindos para a qualidade de vida do indivíduo que se submete a tal procedimento.

Como supracitado, a obesidade enquanto fator de risco é o principal fator não genético que contribui para o desenvolvimento desta patogênese. Havendo um aumento

exponencial no risco de desenvolver DM 2 quando correlacionado a obesidade (MILLÉO, 2009).

Embora os pacientes com diabetes tenham maior dificuldade em perder peso que os não diabéticos, a perda de peso é essencial no tratamento do DM2, diminui a mortalidade e a morbidez. Porém, sabe-se que a mudança no estilo de vida, com dieta e exercícios físicos, associada ou não a medicamentos, resulta em perda de peso usualmente modesto e de pequena duração, portanto, sem atração para os pacientes. Dessa forma, a cirurgia bariátrica veio para oferecer a estes pacientes a possibilidade de tratamento duradouro e mais eficaz, pois esta resulta em redução de 30 a 40% do peso original ou perda de 50% do excesso de peso, com controle do DM2 na maior parte dos pacientes (CENEVIVA et al, 2011).

No fim da década de 70 houve uma observação mais minuciosa para o fato de haver uma relação entre a cirurgia bariátrica com a melhora ou remissão completa do quadro do DM2 nesses pacientes pós-cirúrgicos. Hoje, sabe-se que a perda de peso é parcialmente responsável pela melhora no quadro de DM2 em pacientes submetidos a cirurgias bariátricas, causando alterações metabólicas (PAREJA, 2007). Este afirma ainda que alguns estudos demonstram pacientes com melhora já nos primeiros dias após a cirurgia.

Na realidade a perda de peso é parcialmente responsável pela reversão do DM2, com melhora da sensibilidade à insulina, diminuição dos níveis de lipídios intra-muscular, melhora da esteatose, e da disponibilidade de glicose aos tecidos, mas isoladamente não justifica plenamente a reversão do DM2 (PAREJA, 2007, p. 213).

De todas as doenças associadas à obesidade, aquela que apresenta melhor controle após cirurgia bariátrica é o DM 2. Entre as opções cirúrgicas disponíveis, o *bypass* gástrico em *Y-de-Roux* é o mais empregado pelo fato de se basear em 2 princípios: restrição alimentar pela criação de um reservatório gástrico pequeno; e má-absorção pela derivação de parte do intestino delgado proximal. Após a operação, a resolução do DM acontece precocemente, antes mesmo que ocorra grande perda de peso. Tal fato pode ser explicado pelo efeito endócrino que esse procedimento produz, mesmo no período pós-operatório mais precoce (BRANCO-FILHO, 2011).

É importante salientar que os benefícios são duradouros em muitos casos, onde o efeito anti-diabético da cirurgia bariátrica perdura por longos períodos, tendo em vista que grandes séries de *bypass* gástrico em Y de Roux demonstraram controle glicêmico e

níveis normais de hemoglobina glicada até com 14 anos de seguimento (BRANCO-FILHO, 2011). Vários outros estudos demonstram remissão entre 70% e 90% dos casos, sendo evidentes as taxas menores nos pacientes usuários de insulina, nos quais a capacidade funcional da célula beta pode estar muito comprometida (SBD, 2006).

Além disso, vários trabalhos de observação mostraram que a melhora do controle glicêmico não deve ser atribuído apenas ao emagrecimento tampouco à melhora da resistência à insulina (GELONEZE, *et al*, 2001). Na verdade, a intensa redução da ingesta alimentar, acompanhada da paradoxal redução do apetite, é atribuída à diminuição da produção do hormônio grelina (um orexígeno endógeno) pela exclusão do fundo gástrico do trânsito alimentar (CUMMINGS; OVERDUIN; FOSTER-SCHUBERT, 2004). A reversão do DM deve-se então a um aumento da sensibilidade à insulina associado à melhora da função da célula beta, incluindo a recuperação da primeira fase de secreção de insulina (POLYZOGOPOLLOU, *et al*, 2003), bem como ao aumento do hormônio gastrointestinal com ação incretínica, o glucagon like peptide 1 (GLP-1), secundário a derivação jejunoileal (SBD, 2006).

Buchwald et al.(2009) publicaram os resultados de uma meta-análise e concluíram que a perda de excesso de peso média após diferentes tipos de cirurgia bariátrica foi de 55,9%, sendo 59,7% após a operação por DGYR e paralelamente, a resolução do DM2 foi de 80,3% através deste mesmo procedimento. Concluindo, dessa forma, que há correlação positiva entre perda de peso pela cirurgia e remissão do DM2, sobretudo quando se utiliza tal técnica cirúrgica. Assim, a cirurgia de Capella pode ser considerada um procedimento com resultados positivos decorrentes da modulação de hormônios e incretinas, e é a cirurgia padrão ouro para o paciente obeso mórbido diabético (SBD, 2006).

3.3 ENFERMAGEM E A PESSOA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 SUBMETIDA À CIRURGIA BARIÁTRICA

Com o aumento na realização de intervenções cirúrgicas para reversão da obesidade, percebe-se a importância de prestar uma assistência em saúde voltada as pessoas que se submetem ao procedimento, visando uma terapêutica especial que considere suas

dimensões corpóreas associadas às co-morbidades, bem como aquela que envolva suas dimensões sociais, psicológicas e educacionais. Mediante a isso, torna-se importante a investigação detalhada destas dimensões que envolvem o ter diabetes, ser obeso e submeter-se a uma cirurgia bariátrica uma vez que nos propomos a construir conhecimentos que subsidiem a prática de cuidado de enfermagem a estes indivíduos.

Partindo do pressuposto que a assistência prestada deve estar baseada em literatura científica, a enfermagem deve se armar de recursos para poder assistir a esse paciente de modo a fazer com que todos os cuidados e orientações, que direta ou indiretamente, possam depender da equipe de enfermagem, sejam seguidos para um maior desempenho da equipe que assiste esse paciente, afim de que sua recuperação tenha o sucesso esperado (NEGRÃO, 2006).

A enfermagem, como ciência preza pelo cuidado humanizado, com a intenção de colocar-se no lugar do outro, vivenciando seus medos, expectativas e toda totalidade que transcende o processo de cuidar. O cuidado em enfermagem visa restaurar o bem físico, reequilibrando o psíquico e o social do paciente. Na prática se revela como um conjunto de ações, a fim de favorecer a promoção da saúde e o autocuidado (SOUZA *et al*, 2005).

No período pós-operatório, o enfermeiro deve implementar o cuidado e propor o autocuidado, através de estratégias que possibilitem a adesão do paciente a sua nova condição. A consulta de enfermagem é um momento onde é possível conhecer melhor o perfil do paciente, traçando ações que facilitem sua permanência á terapêutica. É importante que o enfermeiro esteja alerta para observar e avaliar esses clientes, para fornecer suporte e apoio (SOUZA *et al*, 2005).

A pessoa obesa pode apresentar várias alterações após o procedimento cirúrgico, alterações respiratórias, déficit nutricional, desidratação, diminuição da motilidade gastrointestinal e quadros de hipo/hiperglicemia. A equipe de enfermagem deve estar preparada para realizar as orientações e cuidados necessários a cada situação (SANCHES *et al*, 2007).

Em relação à nutrição, os profissionais da área podem agir em caráter interdisciplinar, juntamente com a Nutrição, a fim de restabelecer as condições nutricionais do paciente, adequando à dieta de acordo com sua capacidade de ingesta e

aceitação de alimentos, iniciando gradativamente através de dietas leves. É fundamental que durante esse período o paciente seja assistido pela equipe, para que intercorrências possam ser monitoradas (SANCHES *et al*, 2007).

O enfermeiro tem papel essencial quanto ao ensino e orientação do paciente. As pessoas que realizam cirurgia bariátrica possuem dificuldades em aderir ao tratamento, mesmo visando o emagrecimento. Assim, é o enfermeiro quem planejará e implementará o plano de cuidados, para que paciente e familiares possam participar com efetividade da terapêutica, e para tanto também se faz necessário obter conhecimento sobre as necessidades que vão além da realidade física (PEREIRA; BURIOLA, 2011).

O enfermeiro é um dos profissionais da equipe multidisciplinar que acompanha o paciente; ação em âmbito ambulatorial é essencialmente educativa e de orientação. Ele está presente em todas as etapas do tratamento, desde a fase pré-operatória, com acompanhamento ambulatorial; no intra-hospitalar, onde realiza assistência direta, com realização de procedimentos e cuidados de enfermagem; e após a alta do paciente, novamente no ambulatório (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A compreensão teórica dentro de um projeto de pesquisa é uma fonte norteadora que facilita o processo investigativo e auxilia na definição dos objetivos de estudos. A teoria é um meio de compreender um fenômeno, apontando as características que dão identidade a este (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003). Através dessa ideia busca-se compreender este conceito por meio de pressupostos e teorias de enfermagem, que sejam pertinentes a ideia central. Ao avaliá-las percebe-se que o conceito fundamentado por Dorothea Orem, através da teoria do Autocuidado, seria o mais adequado a temática fundamentada. Segundo Raimondo *et al.* (2012), a teórica baseia-se em três questões norteadoras: o autocuidado, as deficiências do cuidado e os sistemas de enfermagem.

Dorothea Orem, graduou-se em Enfermagem no ano de 1939, concluiu Mestrado em Ciência e Educação de Enfermagem em 1949. Com uma vida profissional que permeou desde cuidado particular de enfermagem, educação, gerência, administração, consultoria de enfermagem a serviços e instituições. Orem iniciou o trabalho voltado para o autocuidado em 1958, como conceito para Enfermagem (LEOPARDI, 1999).

O foco da Teoria de Orem está nas necessidades do indivíduo em relação ao autocuidado para manter a sua vida saudável, enfrentando a doença e seus efeitos. No que se refere à pessoa com obesidade e diabetes mellitus, a teoria se encaixa no sentido de que ele deve participar do seu processo de viver, cuidando de si, visto que é ele o responsável para sustentar e promover a sua própria vida (LEOPARDI, 1999).

O uso do referencial teórico de Orem, neste trabalho, justifica-se pelo fato da teoria focar na importância da aderência às práticas do cliente ao autocuidado, estimulando-o a participar ativamente do processo de recuperação. Além de ser um modelo que direciona as ações assistenciais do enfermeiro e responde às necessidades das e pessoas com doenças crônicas como a obesidade e o diabetes, auxiliando no planejamento da assistência de enfermagem para esses pacientes (FELIX; SOARES; NÓBREGA, 2012).

O referencial teórico deve estar de acordo com as crenças e cuidados propostos pela teoria. Para fundamentá-las dentro do estudo, alguns pressupostos foram descritos por Orem, que segundo Leopardi (1999) são eles:

- ✓ As pessoas são capacitadas e desejam desenvolver o autocuidado para si bem como a seus familiares;
- ✓ O autocuidado é a parte da vida necessária para a saúde, desenvolvimento e bem estar;
- ✓ A enfermagem é um ofício de ajuda deliberada, que é desenvolvido pelos enfermeiros;
- ✓ A educação e a cultura exercem influência sobre o ser humano;
- ✓ O autocuidado é aprendido e repassado através da comunicação e da interação entre as pessoas;
- ✓ Para se obter o autocuidado, são realizados métodos que auxiliem o indivíduo;
- ✓ As pessoas são indivíduos distintos um do outro, cada um com sua identidade.

A partir dos conceitos de Orem, elaboramos os pressupostos com relação às capacidades que as pessoas que cuidamos apresentam:

- ✓ As pessoas tem capacidade de participar efetivamente da terapêutica, contribuindo para seu bem estar;
- ✓ As pessoas tem capacidade em adequar-se a prescrição terapêutica;
- ✓ As pessoas tem possibilidade de serem orientadas, a partir da educação em saúde, através de esclarecimentos e medidas que favoreçam sua adesão e alcance dos resultados buscados, neste caso o de ser saudável;
- ✓ A integração familiar no processo saúde-doença, a fim de repassar através da comunicação e interação familiar, são medidas que auxiliem as pessoas e seus familiares no processo de qualidade de vida;
- ✓ As pessoas enfrentam dificuldades diante das mudanças propostas pelo novo estilo de vida;
- ✓ As pessoas tem necessidade de enfrentamento da doença, através da educação em saúde, ensinando-o a refletir sobre si mesmo.

À Enfermagem cabe o papel de orientar e ensinar os indivíduos frente às novas situações, auxiliando na adaptação às patologias, a vivenciar suas limitações, escutar de forma sensível, estando disposto a auxiliá-lo nesses enfrentamentos (SILVA *et al.*, 2009). É importante que o enfermeiro também saliente sobre a necessidade do cliente engajar-se à terapêutica, já que sua conscientização e adesão são imprescindíveis ao êxito da mesma.

4.1 CONCEITOS

Entre os princípios propostos por Orem, aplica-se a esta pesquisa alguns conceitos: o autocuidado, o ser humano, Enfermagem, educação em saúde e o meio ambiente.

A teoria do autocuidado tem como conceitos relacionados: autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e demanda terapêutica de autocuidado.

A teoria do autocuidado engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado, bem como requisitos para o autocuidado.

Autocuidado é a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar. O autocuidado efetivamente executado contribui de maneiras específicas para a integridade da estrutura humana, para o funcionamento da pessoa e para o seu desenvolvimento. A atividade de autocuidado constitui uma habilidade humana que significa “a habilidade para engajar-se em autocuidado” (GEORGE, 1993, p. 91).

Introduzindo a ideia do autocuidado na temática proposta, é entendido que nessa situação o cuidar de si é transcendente, pois engloba a compreensão do ser humano, através dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Esse somatório de fatores constitui uma simultaneidade que nos remete a observar o indivíduo como um ser abrangente, que interage com o meio ambiente, com as demais pessoas e está em um processo de adaptação frente às novas vivências e condutas de saúde (SILVA *et al.*, 2009).

Orem não explicita em sua teoria uma relação com o meio ambiente, no entanto dentro dos seus pressupostos expõem a diferença das pessoas em seus contextos ambientais (LEOPARDI, 1999). Partindo dessa ideia, sabe-se que o ser humano relaciona-se no seu âmbito, podemos incluir a interação do cliente com o seu meio, seja social, familiar ou mesmo hospitalar /ambulatório durante essa vivência.

Dentro do conceito de sociedade, espera-se que as pessoas sejam autoconfiantes e que sejam responsáveis pelo seu bem estar, cuidando de si e provendo o bem estar dos seus dependentes. Orem também pontua a importância da enfermagem ajudando a complementar o papel do cliente, visto que é ele o responsável pelo seu cuidado (GEORGE, 1993). O enfermeiro deve ensinar o indivíduo o autocuidado através de ações educativas que favoreçam esta prática, pensando-se sempre no contexto que este está incluído, seja no ambiente hospitalar ou no ambiente familiar.

Nestes ambientes o indivíduo estabelece relações interpessoais que serão relevantes para a ampliação do autocuidado. É através desta interação com a sociedade e seu meio que se promove a adesão do indivíduo às práticas do cuidado de si, uma vez que as orientações e o despertar para a autonomia se faz presente.

O autocuidado encontra-se centrado no paradigma da totalidade, onde o ser humano é visto como um ser somatório, que precisa se adaptar ao meio ambiente para atingir seus objetivos. Percebe-se que o autocuidado entende o indivíduo como um ser fragmentado que necessita se adaptar ao ambiente no qual vive, e para isso necessita cuidar de si (SILVA *et al.*; 2009).

O ser humano dentro desse processo é peça fundamental para as aplicações dos pressupostos, visto que ele é o agente principal do autocuidado. Orem enfatiza sobre a importância do engajamento do cliente no autocuidado, para o desenvolvimento efetivo do cuidado, direcionado a melhoria da qualidade de vida (RAIMONDO *et al.*, 2012)

Em relação ao processo de educação em saúde, sabe-se que o enfermeiro realiza essa atividade favorecendo a promoção do autocuidado. Para Orem, segundo Leopardi (1999), o enfermeiro deve potencializar habilidades da pessoa para o autocuidado e estendê-lo á seus familiares. Dentro da teoria de Orem, a ação do autocuidado faz parte dos Sistemas de Enfermagem (LEOPARDI, 1999).

A teoria dos sistemas está baseada na capacidade do cliente em executar as ações propostas para realizar o autocuidado. Orem identificou três sistemas de enfermagem, que são os seguintes: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio e educação. Nesses sistemas o enfermeiro participa dando assistência e suporte ao cliente (NOGUEIRA; SILVA; MATA, 2012).

O sistema de enfermagem, realizado através do processo de enfermagem, é contido através de três passos. No primeiro momento é realizado o diagnóstico e a prescrição, onde são determinadas as necessidades ou não de cuidados de enfermagem. Os dados do cliente em relação ao seu conhecimento, habilidades e orientações são coletados e avaliados. O segundo momento é a fase do planejamento dos sistemas e ações de enfermagem. O passo três é onde se realiza a execução do sistema de enfermagem através da evolução e avaliação do paciente, destacando que esse processo transcende de forma contínua (NOGUEIRA; SILVA; MATA, 2012).

5 METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa de natureza convergente assistencial. Escolhemos esse método como referencial por oferecer a possibilidade de em um só tempo obter informações referente às percepções e experiências dos usuários, além de nos conduzir frente às ações assistenciais, através de práticas de enfermagem (TRENTINI, 2004). Esta foi direcionada a pessoa com diabetes que se submeteu à cirurgia bariátrica, vivenciando as mudanças no processo de vida e saúde de cada sujeito.

A proposta foi trabalhada por meio da pesquisa qualitativa, por nos proporcionar uma abordagem na qual o autor consegue aprofundar-se através da compreensão dos fenômenos que estuda. Esses podem ser pertinentes a ações de indivíduos, grupos ou organizações nos meios sociais e ambientais. Nesta perspectiva o pesquisador necessita estar em contato direto com o campo de pesquisa, pois só assim vivenciará as características do que estuda (TERENCE, FILHO, 2006).

5.1 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido na área A do ambulatório do Hospital Universitário de Florianópolis-SC. A escolha dessa instituição para pesquisa surgiu pela facilidade de acesso dos acadêmicos e por ser um centro de referência estadual na área de estudo pretendida.

O hospital presta assistência nas áreas básicas: clínica médica, cirúrgica, e emergência, pediatria e tocoginecologia, implantada com o Centro Obstétrico e as unidades de neonatologia. Possui atendimento ambulatorial, é também referência estadual em patologias complexas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte em diversas especialidades, além de desenvolver pesquisas, como a que testa a eficácia da vacina contra o HPV, residência médica e multiprofissional. A

entidade visa o trinômio ensino, pesquisa e extensão e atende a comunidade local, do Estado de Santa Catarina, turistas e visitantes de Florianópolis, sem distinção (HU, 2012).

O serviço de ambulatório compreende diversas especialidades médicas como: Endocrinologia, Dermatologia, Clínica Médica, entre outras. Além da medicina, outros profissionais das áreas como a psicologia, nutrição, serviço social, enfermagem utilizam o local para atendimento. As consultas de pós-operatório da cirurgia bariátrica são realizadas todas as quintas-feiras pela manhã, atendendo em média de 6 a 10 pacientes.

5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os entrevistados foram selecionados na área A do Ambulatório do Hospital referido. Considerando os critérios de inclusão, foram selecionadas para o estudo pessoas adultas, maiores de 18 anos, que realizaram a cirurgia bariátrica, em período de pós operatório de no mínimo 1 semana (primeiro retorno), com DM2 antes e/ou após a realização do procedimento. O recrutamento destas pessoas foi realizado através de contato telefônico a partir de uma lista disponibilizada pelo bolsista da cirurgia bariátrica e acesso através da listagem de pacientes que seriam consultados no ambulatório nas quintas-feiras. Foi realizado contato individual com os possíveis participantes, fazendo um agendamento prévio da entrevista dos pacientes da listagem e os demais foram contatados na sala de espera nas quintas-feiras, onde verificou-se a possibilidade da participação.

Assim, foram entrevistados 09 pessoas com obesidade grau II ou grau III e que apresentam como co-morbidade associada a diabetes mellitus tipo 2, atendidos no ambulatório de pós-operatório do Hospital Universitário HU/UFSC onde foram submetidos à Cirurgia Bariátrica.

5.3 COLETA DE DADOS

Para coleta de dados utilizamos a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), que tem como características questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa. Favorece a descrição dos fenômenos além de maior compreensão da totalidade de informações. O entrevistador busca dados a fim de atingir seus objetivos e o entrevistado se apresenta como a fonte destes dados (MANZINI, 2004). Desse modo, elaboramos um instrumento contendo duas partes; a primeira com perguntas gerais de múltipla escolha e a segunda parte com questões abertas, nas quais o entrevistado pôde expressar suas vivências com maiores detalhes.

5.3.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado foi separado em duas partes:

- **Parte A:** Identificação do paciente, através de dados gerais relacionados ao nome, sexo, idade, IMC antes e após a cirurgia, tempo de realização da cirurgia, medicações, entre outros.
- **Parte B:** Esse espaço contém perguntas abertas, a fim de buscar as percepções do paciente em relação ao processo cirúrgico, sua forma de vivenciá-lo, dificuldades, enfrentamentos, mudanças, entre outros aspectos referentes ao tema de pesquisa.

5.3.2 Coleta de dados e a convergência com o cuidado

A coleta foi realizada no mês de maio do ano de 2013 e ocorreu em sala de espera no ambulatório do hospital supracitado, onde também prestamos orientações de enfermagem e promovemos ações que visaram o autocuidado, baseadas em Orem. Estas orientações foram baseadas na história prévia de pós-operatório de cada participante, pois buscamos através da entrevista compreender as necessidades de cuidado e procuramos resgatar assuntos pertinentes para o momento vivenciado. Assim, após as entrevistas e/ou nos momentos mais oportunos da entrevista foi realizado o cuidado.

A convergência assistencial, através da realização de orientações, foi guiada pelos seguintes tópicos:

- ✓ Incentivar o paciente a seguir a dieta estabelecida pela nutrição, respeitando os prazos estabelecidos, no pré e pós-operatório;
- ✓ Escutar o paciente, a fim de compreender e ajudá-lo a superar ansiedades referentes ao processo de adaptações pós-cirúrgicas;
- ✓ Incentivar o paciente a praticar o autocuidado com relação a mudanças de hábitos cotidianos;
- ✓ Oferecer o recurso da interdisciplinariedade, a fim de reforçar fragilidades manifestadas pelo paciente, bem como fortalecer o êxito da terapêutica;
- ✓ Mostrar caminhos para que o paciente saiba onde procurar ajuda de outros profissionais e serviços na rede de atenção a saúde;
- ✓ Reforçar a importância de cuidados como o repouso e restrição de atividades que venham a acarretar prejuízos ao procedimento cirúrgico;
- ✓ Incentivar as ações de autocuidado de acordo com as suas necessidades;
- ✓ Estabelecer diálogo aberto que promova o exercício do autocuidado;
- ✓ Elogiar o paciente sempre que uma meta foi alcançada, a fim de incentivá-lo a continuar a terapêutica e exercer o autocuidado.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa convergente assistencial articula a prática assistencial com o conhecimento teórico, pois os seus resultados são canalizados progressivamente, durante o processo de pesquisa, para as situações práticas. Dessa forma, este tipo de pesquisa inclui uma variedade de métodos e técnicas pelo fato de que, além de obter informações, o pesquisador envolve os sujeitos pesquisados ativamente no processo. A coleta e análise dos dados devem ocorrer de forma simultânea a fim de constatar a necessidade de complementação dos dados obtidos (TRENTINI; PAIM, 2004).

Devido a natureza versátil da pesquisa convergente assistencial, que abrange processos de assistência e de pesquisa, esta consiste num tipo de investigação propício para o uso de métodos combinados na coleta e análise das informações; portanto seria viável o emprego de métodos qualitativos (TRENTINI; PAIM, 2004).

Ainda de acordo com Trentini e Paim (2004), a análise dos dados pode seguir alguns indicativos que são úteis na análise das informações, estas consta de quatro processos genéricos que ocorreram de maneira mais ou menos sequencial:

- Processo de apreensão: iniciou com a coleta das informações e consequentemente com a análise dos dados. O relato das informações foi organizado incluindo a identificação do tipo de informação, bem como manter foi mantido os registros numa ordem cronológica. As informações assim organizadas facilitaram a codificação, com consequente apreensão das informações.

- Processo de síntese: em pesquisa qualitativa, a síntese é a parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações. Para isso imergimos nas informações trabalhadas na fase de apreensão e conseguimos completa familiaridade com elas.

- Processo de teorização: momento em que se desenvolve um esquema teórico, a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese. Os temas/conceitos foram definidos e as relações entre eles descritas detalhadamente.

- Processo de transferência: a transferência de resultados consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e contextualizá-los em situações similares, sem que seja entendido como processo de generalização. A intenção, portanto, é a de socialização de resultados singulares.

O processo de análise resultou em 2 categorias que serão discutidas a seguir: **Vivenciando as repercussões e o autocuidado após a Cirurgia Bariátrica e Vivendo melhor com DM após a cirurgia bariátrica.**

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa obedeceu aos aspectos éticos relacionados a pesquisa com seres humanos, segundo resolução 466/2012 e suas complementares (BRASIL, 2013). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina por meio de avaliação e aprovação, sob o número 270.860 (ANEXO 1). Os participantes

da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos da mesma, sendo sua participação voluntária e autorizada a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), sendo preservado o seu anonimato com a utilização da letra P para a identificação dos participantes, seguida do número sequencial da entrevista (P1 a P9).

Asseguramos a proteção dos direitos dos sujeitos da pesquisa, ao adotar os princípios de beneficência, não maleficência, justiça, equidade e autonomia.

6 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram organizados em forma de manuscrito a ser enviado posteriormente para publicação em periódicos de enfermagem.

ARTIGO I- O VIVER DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS FRENTE ÀS REPERCUSSÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA

O VIVER DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS FRENTE ÀS REPERCUSSÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Gil Ferreira Santos²

Patrícia Olívia Borges³

Betina Hörner Schlindwein Meirelles⁴

Resumo:

A obesidade é uma doença em expansão, alvo de preocupação dos órgãos públicos pela sua complexidade e co-morbidades associadas, pois 90% das pessoas com diabetes tipo 2 são obesas ou têm sobrepeso, o que fez com que autores cunhassem o termo “*diabesity*”. O tratamento clínico da obesidade e, sobretudo, da diabetes tipo 2, são muitas vezes ineficazes. Para as pessoas com obesidade grave e as que já apresentam doenças associadas, a cirurgia bariátrica tem demonstrado ser eficaz na melhora destas doenças. Este estudo objetivou conhecer as repercussões da cirurgia bariátrica para o viver de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 atendidas em um Hospital Universitário de Referência no Estado de Santa Catarina. Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, convergente assistencial, que utiliza os conceitos da teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, realizada com 09 pessoas, maiores de 18 anos, com obesidade grau II ou III, que apresentam como co-morbidade a diabetes mellitus tipo 2. A coleta de dados foi através de entrevista semiestruturada, na consulta em sala de espera. A análise dos dados seguiu o processo de apreensão, síntese e teorização, cujo resultado levou a discussão das categorias: Vivenciando as repercussões e o autocuidado após a Cirurgia Bariátrica com discussão das melhorias ao viver das pessoas através do controle de doenças associadas e Vivendo melhor com DM após a cirurgia bariátrica, na qual são apresentadas a disposição para o autocuidado e o acréscimo de valores pessoais e coletivos, como autoestima, aceitação pessoal e enfrentamento de problemas psicossociais. Mostrou-se importante as orientações e ações da equipe multiprofissional para as pessoas com diabetes submetida a cirurgia bariátrica, pois os resultados positivos são frutos de autocuidado.

Palavras-Chave: Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Diabetes mellitus, Enfermagem, Cuidado.

¹ Estudo é parte do trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. Email: gildagaiva@gmail.com

³ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. Email: patricia.olivia.borges@gmail.com

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. Email:

INTRODUÇÃO

Os maiores riscos para a saúde e o bem-estar, para grande parte da população, envolvem atitudes do próprio comportamento individual no decorrer de sua vida. Dessa forma, dados epidemiológicos afirmam que a obesidade representa hoje uma doença em expansão, com velocidade incontrolável, alvo de preocupação dos órgãos públicos e da população em geral tanto pela sua prevalência, quanto pela sua complexidade e co-morbidades que implicam na qualidade de vida e risco de morte (IMIANOVSKI; ROSS, 2007).

A obesidade tem sido apontada como um dos principais fatores de risco para o diabetes melitus tipo 2 (DM 2). Estima-se que entre 80 e 90% dos indivíduos acometidos por esta doença são obesos e o risco está diretamente associado ao aumento do índice de massa corporal (SARTORELLI; FRANCO, 2003). Esta associação com a obesidade é evidenciada e bem definida em um grande número de pacientes diabéticos tipo 2, sendo que sua prevalência varia dependendo de fatores genéticos e ambientais (educacionais e culturais) (CORRÊA *et al*, 2003). Estudos recentes de Zeve e Tomaz (2011) evidenciam que o grau de obesidade está muito associado com a incidência desta patologia. Cerca de 90% dos diabéticos tipo 2 são obesos ou têm sobrepeso. A íntima associação entre a diabetes e a obesidade fez com que muitos autores de língua inglesa cunhassem o termo “*diabesity*”.

A obesidade e co-morbidades relacionadas, entre eles o DM 2, aumentam a morbidade e a mortalidade da população acometida (FREITAS, 2007). O tratamento clínico da obesidade e, sobretudo DM 2, são considerados ineficazes em um número significativo de casos. Pacientes com obesidade grave, ou seja, IMC maior ou igual a 40 Kg/m² apresentam maior risco de desenvolver esta co-morbidade. Para estas pessoas, e aos outros com IMC igual ou maior que 35, e que já apresentam doenças associadas, a cirurgia bariátrica tem demonstrado ser eficaz na melhora destas doenças (ZEVE; TOMAZ, 2011).

Enquanto novas drogas continuam a melhorar o tratamento clínico, a maioria dos pacientes nunca atinge os objetivos definidos para o sucesso da terapêutica, fator que abre espaço para novas possibilidades de tratamento, como a cirurgia bariátrica (COHEN; TORRES; SCHIAVON, 2010). Por ser esse um tratamento relativamente novo, dentro do contexto da saúde, pouco se sabe acerca dos benefícios e limitações vivenciados pelos indivíduos que a ele se submetem (VASCONCELOS, 2006).

É imprescindível que haja reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, quanto à necessidade de propor ações de cuidado integral que possam atender as expectativas do indivíduo com relação a mudanças estéticas de seu corpo, suas limitações, autocuidado, alterações clínicas de suas co-morbidades e possíveis consequências do tratamento cirúrgico, tendo em vista sua situação particular e seu viver social (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011). Assim, a opção pela Teoria de Orem, que está centrada nas necessidades do indivíduo em relação ao autocuidado para manter a sua vida saudável, enfrentando a doença e seus efeitos. No que se refere à pessoa com obesidade e diabetes mellitus, esta deve participar do seu processo de viver, cuidando de si, visto que é ele o responsável para sustentar e promover a sua própria vida (LEOPARDI, 1999).

Neste contexto a enfermagem se faz presente, atuando em razão de um viver mais saudável e mais humanizado, transpondo as práticas assistenciais tradicionais ao cuidado da pessoa com diabetes submetida a cirurgia bariátrica, intervindo positivamente na evolução de seu tratamento, promovendo o autocuidado na compreensão das repercussões frente a esta nova condição. Assim, este estudo objetiva conhecer as repercussões da cirurgia bariátrica para o viver de pessoas com DM 2 atendidas no Hospital Universitário de Referência no Estado de Santa Catarina.

METODOLOGIA

Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa de natureza convergente assistencial. Esse método oferece a possibilidade de em um só tempo obter informações referente às percepções e experiências dos usuários, além de nos conduzir frente às ações assistenciais, através de práticas de enfermagem (TRENTINI e PAIM, 2004).

O estudo foi desenvolvido no ambulatório de um Hospital Universitário do Sul do país. A escolha dessa instituição para pesquisa surgiu por ser centro de referência na área de estudo pretendida. Foram entrevistados 09 pessoas, maiores de 18 anos, com obesidade grau II ou grau III, que realizaram a cirurgia bariátrica, há pelo menos 1 semana, com histórico de Diabetes Mellitus tipo 2 antes e/ou após a realização do procedimento, atendidos no ambulatório de pós-operatório do Hospital, onde foram submetidos à Cirurgia Bariátrica.

A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2013, em sala de espera do ambulatório, onde também foram prestados cuidados de enfermagem e promoção de ações que visaram o autocuidado, baseadas nas teorias de Orem, como o referencial teórico adotado. Os momentos de cuidados ocorreram durante e após a entrevista.

A análise dos dados seguiu o processo proposto por Morse e Field apud Trentini e Paim (2004) que estabelecem as etapas de apreensão, síntese, teorização e transferência, levando a formação das seguintes categorias: **Vivenciando as repercussões e o autocuidado após a Cirurgia Bariátrica e Vivendo melhor com DM após a cirurgia bariátrica.**

Esta pesquisa obedeceu aos aspectos éticos relacionados a pesquisa com seres humanos, segundo resolução n. 466/12 e suas complementares. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina por meio de avaliação e aprovação, sob o número 270.860. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa, sendo sua participação voluntária e autorizada a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo preservado o seu anonimato com a identificação das falas pela letra P, seguida do número sequencial da entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao apresentarmos os resultados, torna-se relevante caracterizarmos os participantes da pesquisa quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos.

Tabela 1: Caracterização das pessoas com diabetes tipo 2, submetidas a cirurgia bariátrica segundo dados sócio demográfico.

	Idade	Sexo	Estado Civil	Profissão	Escolaridade	Renda Salarial (em salário mínimo)
P1	48	F	Casada	Diarista	1 Grau Incompleto	1 SM
P2	42	F	Casada	Diarista	1 Grau Completo	3 SM
P3	23	M	Solteira	Desempregado	3 Grau Incompleto	0
P4	42	F	Casada	Lavradora	1 Grau Completo	1,5 SM

P5	32	M	Não Infor-Mado	Agricultor	2 Grau Completo	2 SM
P6	52	F	Solteira	Salgadeira de Padaria	2 Grau Incompleto	2,5 SM
P7	52	F	Casada	Diarista	1 grau Completo	2,5 SM
P8	59	F	Viúva	Cozinheira	1 grau Completo	0
P9	37	F	Casada	Fiscal de Caixa	2 grau Completo	2,5SM

Fonte 1: Dados do pesquisador UFSC, (2013).

Tabela 2: Caracterização das pessoas com diabetes tipo 2, submetidas a cirurgia bariátrica segundo dados clínicos, presença de co-morbidades e forma de tratamento.

	Tempo de DM	Tempo de Cirurgia	Técnica Cirúrgica Utilizada	IMC Pré-operatório	IMC Pós-operatório	Co-morbidades Associadas	Medicações Pré-operatórias	Medicações Pós-operatórias
P1	Não informado	2 meses	DGYR	55,4	47,4	HAS Problemas articulares Falta de ar	Atenolol Enalapril Espirolactona Glibenclamida Hidroclorotiazida Metformina Omeprazol	Atenolol Enalapril Espirolactona Glibenclamida Hidroclorotiazida Metformina Omeprazol Materna® Vitamina B12.
P2	2 anos	1 ano	DGYR	48,0	28,8	Problemas Articulares HAS	Captopril Metformina	Sem Necessidade
P3	Descobriu no pré-operatório	2 anos	<i>Sleeve</i> Gástrico	54,8	38,0	Depressão Apneia do sono	“Para depressão” Insulina na internação	Sem Necessidade
P4	3 anos	2 anos e 4 meses	DGYR	47,8	27,3	Apneia do sono Refluxo gastroesofágico Hérnia de disco Hipotireoidismo	Metformina “Para Apneia do sono” “Para refluxo e estômago” “Bastante tipo de remédio”	“Para Tireoide” Vitaminas
P5	6 meses	1 ano e 6 meses	DGYR	53,7	26,83	HAS	Metformina Alopurinol Losartana Hidroclotiazida	Alopurinol Hidroclotiazida

							Atenolol	
P6	Descobriu há 1 ano e meio	1 semana	DGYR	46,3	44,4	HAS Hérnia de disco	Insulina (10 UI) Metformina <i>“um outro que esqueci o nome”</i>	Heparina Vitaminas Omeprazol Citoneurin
P7	3 anos	27 dias	DGYR	49,2	45,3	HAS	Metformina Metildopa Losartana Atenolol Hidroclorotiazida Omeprazol	Losartana Metildopa (diminuição da dose)
P8	Descobriu no pré-operatório	3 anos	DGYR	46,9	28,5	HAS Depressão	Metformina Captopril Diazepam Amplictil	Sem necessidade
P9	Mais de 1 ano	3 meses	DGYR	51,6	40,6	HAS Depressão Problemas Articulares Colesterol Alto	Metformina Inalasel® Antidepressivo <i>“Para colesterol”</i>	Vitaminas Metrasol

Fonte: Dados do pesquisador UFSC, (2013)

Podemos salientar que a maioria dos participantes era do sexo feminino, com idade variando de 23 a 59 anos de idade, escolaridade fundamental e renda salarial variando de 0 a 3 salários. O tempo de cirurgia variou de 1 semana a 3 anos, sendo que a técnica de escolha foi a derivação gástrica em Y de Roux (DGYR), que proporcionou diminuição significativa dos IMC e remissão das doenças associadas, com consequente interrupção do tratamento medicamentoso.

Todos os entrevistados apresentavam condições mórbidas associadas obesidade e a DM2, revelando-se que a obesidade acarreta inúmeras consequências negativas que se agregam ao viver destas pessoas no decorrer da progressão do quadro, podendo ser referenciada por meio das comorbidades e condições que limitam o processo de viver saudável, incorporando alterações físicas significativas e até mesmo incapacitantes do ponto de vista social.

Estes dados corroboram com Smeltzer e Bare (2005) quando afirmam que a obesidade mórbida está associada a riscos elevados para as complicações de saúde, como as doenças cardiovasculares, artrite, asma, bronquite, diabetes mellitus, refluxo gastroesofágico, ansiedades. Com frequência os obesos mórbidos sofrem de baixa autoestima, imagem corporal prejudicada e depressão.

Também, a partir da análise, traduziu-se o conhecimento, as ideias e as percepções obtidas por meio das falas, culminando nas categorias: Vivenciando as repercussões e o autocuidado após a Cirurgia Bariátrica e Vivendo melhor com DM após a cirurgia bariátrica e subcategorias específicas que serão discutidas a seguir.

3.1 Vivenciando as repercussões e o autocuidado antes e após a Cirurgia Bariátrica

As repercussões do viver com DM2 associada ao quadro de obesidade se mostraram ambíguas, com aspectos positivos e negativos no processo de viver, que se discute a seguir.

3.1.1 As repercussões negativas do viver com a obesidade associada à co-morbidades

As complicações associadas à obesidade estão vinculadas à vida destes participantes de forma significativa e a obesidade apresenta uma relação direta com a manifestação de outras doenças, sobretudo o diabetes. Considerando o perfil clínico dos participantes, constata-se que com o aumento do IMC, o risco de se desenvolver tais co-morbidades fica mais pronunciado. Tal análise corrobora com a afirmação de Mancini et al. (2001) ao estabelecer que os vários distúrbios fisiopatológicos são causados pela obesidade, principalmente nas pessoas com IMC acima de 30 kg/m².

A presença destas co-morbidades acarreta consequências negativas ao viver destas pessoas, com reflexo importante na maneira como avaliam a condição de ser obeso, conseguindo compreender que a obesidade é o fator desencadeante de todas estas condições não saudáveis que se vinculam ao seu processo de viver.

Sofrer de obesidade é terrível. Dificuldade para andar, dificuldade para respirar, muitas consequências que né [...] Horrível. É, eu tinha apneia do sono também, várias vezes eu acordei com aquela sensação de tá morrendo, parar de respirar (P3).

O excesso de peso está intimamente vinculado a sobrecarga articular comprometendo os movimentos e limitando-os na execução de atividades diárias, com consequente reflexo na saúde psíquica, através do medo das consequências, sobretudo, da morte e na saúde física através do aparecimento da dor e dificuldade para caminhar. Observa-se também que em decorrência das co-morbidades já citadas e de suas reações no comprometimento de algumas atividades, estavam o afastamento do trabalho, as restrições para lazer, atividades físicas, dificuldade para cuidar de si e de seus familiares.

Porque tava me sentindo muito cansada, né, por causa do excesso de peso. Sentia muita dor nas minhas articulações [...] Sim, e a minha neta, queria participar mais da vida dela né (P2).

Não conseguia muito andar direito, coisa assim, eu tinha duas opções, ou fazer a cirurgia ou não né, e se eu não fizesse eu corria risco de vida (P3).

Para trabalhar, fazer as coisa direitinho que não conseguia fazer completo. Pra passear que eu não saía mais de casa para passear (P1).

A falta de atividade física e lazer era uma constante no cotidiano dos entrevistados. Devido aos impedimentos existenciais para essas práticas, em razão das dores articulares e dispneia relacionada.

A qualidade de vida dos obesos está intensamente comprometida quando associada à co-morbidades. Tal afirmação é observada nas falas dos participantes quando indagados sobre a qualidade do sono e repouso, fator relevante para o descanso do corpo e da mente e para manter-se

saudável. A obesidade está intimamente vinculada aos problemas respiratórios, esta como consequência, afetando diretamente a qualidade de vida.

Dormia muito mal, dava falta de ar né [...]Eu quase não dormia. Eu não sentia sono, às vezes ficava acordada até 1h, 2h, dormia muito mal, dava falta de ar né (P7).

Eu dormia até com o aparelho, mas daí eu dormia mais. Eu dormia com CPAP. Usava o CPAP para dormir. É por causa da apneia. E agora não uso mais nada (P4).

A prevalência da síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) em indivíduos obesos, e a prevalência de obesidade nesta síndrome são muito elevadas. A fisiopatologia da SAOS está intimamente associada à obesidade (FERNANDES, 2006).

3.1.2 A Cirurgia Bariátrica tem repercussões positivas sobre as co-morbidades

Foi observado nas falas dos entrevistados deste estudo, o quão relevante é o procedimento cirúrgico para a melhoria e até mesmo remissão dos casos de co-morbidades associadas a tal evento, principalmente a diabetes. Leva-os a obter e resgatar de forma progressiva, e em inúmeros casos, imediata, a qualidade de vida tão esperada.

Ai, que eu não preciso mais tomar remédio! , Ah, não, eu não sinto mais aquela sede que eu sentia antes, que antes eu sentia bastante sede. Agora não, agora não sinto tanta sede como antes (P2).

Muito suor, é, sentia tontura, muitas coisas assim, que depois de ter tirado a diabete eu fiquei completamente bem. Eu não precisei passar por tanto sofrimento (P3)

As falas supracitadas fazem referência às mudanças positivas que o procedimento cirúrgico oferece sobre o quadro clínico de diabetes, com a normalização dos níveis glicêmicos e a não utilização de medicação após a cirurgia, com controle metabólico favorável.

Analisando-se os dados clínicos dos participantes na Tabela 3, observa-se que (08) oito dos (09) nove entrevistados, apresentaram remissão do quadro de diabetes com efeito implícito na forma de tratamento de tal co-morbidade, sendo suspenso o uso de medicação do tipo hipoglicemiante oral ou insulina. Outro ponto relevante a ser analisado é o fato de que em algumas falas a resolução aconteceu antes da perda ponderal. E dois dos entrevistados que não haviam completado (01) um mês de cirurgia também já não estavam mais fazendo uso de medicação para

controle do diabetes. Corroborando com Forcina *et al.* (2008) ao afirmar que após a operação, a resolução do diabetes acontece precocemente, antes mesmo que ocorra grande perda de peso. E naqueles com seguimento mais longo de pós-operatório demonstraram melhora ou remissão do diabetes, independente de ganho ou perda de peso.

Acho que eu sai já do hospital sem a diabetes. Não precisei tomar medicação (P3).

A logo depois que eu fiz a cirurgia não precisou mais nada (P4).

Outra forma de avaliar a remissão do quadro de diabetes é através da monitorização dos valores glicêmicos apresentados após o procedimento cirúrgico. Os níveis glicêmicos normalizaram-se e tornaram-se padrão para avaliar a remissão da doença, e vale lembrar que estes valores apresentados já eram sem o uso de medicação para controle, confirmando a afirmação de que a cirurgia confere a remissão da doença.

Eu faço cada vez que venho no médico ou cada vez que eu vou no postinho. Ai eu vou lá e faço o controle para ver, aí tá tudo bem. Graças a Deus. Até a última vez eu acho que foi 88. Mas sempre foi abaixo de 100? Foi (P2).

Que quando descobri que tava com diabetes tava com 350. Após a cirurgia eu consegui chegar há 200, acho que cheguei a 200, 150. Ai depois de um tempo já tava 100, 90. Se eu não me engano eu cheguei a 70, uma coisa assim (P3).

A [glicose] dava 200 e pouco, dava bastante... não, daí no ultimo dia que eu fiz foi no negócio do sangue que eu fiz mês passado. Deu que eu tinha 92 (P9).

Os dados da Tabela 2 apontam ainda que não somente o diabetes sofre significativa remissão, tal fato também é observado analisando-se as demais co-morbidades associadas. Onde a necessidade de tratamento medicamentoso foi suspensa também nos casos de hipertensão e depressão associados.

A obesidade acarreta consequências negativas sobre a função respiratória dos indivíduos, com influência direta na qualidade do sono e repouso. Esta relação torna a perda de peso a medida terapêutica de eleição, com benefícios nesta situação patológica (FERNANDES, 2006). A recuperação da qualidade do sono se fez presente na vida de todos os entrevistados deste estudo, levando-os à melhora da co-morbidade associada e alcance da qualidade de vida.

Ótimo, agora to dormindo bem, descansando bem. Às vezes eu acordo, mas sempre eu durmo um sono pesado, tranquilo (P1).

E após a cirurgia, depois que passou aquela fase de recuperação, de tirar dreno e tal aí sim, to dormindo igual uma pedra (P6).

Agora não... to tranquila né, aquele negocio passou, não sinto mais nada. Durmo bem, até demais se deixar (P7).

Fica evidente que a cirurgia bariátrica atua não somente na perda acentuada de peso, mas também interfere positivamente na remissão de doenças associadas, como a diabetes, hipertensão, depressão, doenças articulares e distúrbios do sono, refletindo na qualidade do viver, sobretudo, relacionadas às funções físicas, clínicas, sociais e pessoais.

3.1.3 Adotando mudanças no padrão alimentar com foco no autocuidado

Em relação a todos os eventos decorrentes do processo cirúrgico, a alimentação é um dos fatores que mais sofre modificações. Durante a vivência como ser obeso, o individuo possui hábitos alimentares com grande quantidade energética, podendo ser provido de alimentos até mesmo saudáveis, mas em quantidades elevadas, como: arroz, feijão, batata e massas. Outros já optam por alimentos menos nutritivos, como no caso de lanches rápidos, alimentos com alto índice calórico, ricos em gordura e açúcar. O grupo entrevistado apresentou divergências nos relatos, conforme mostraremos:

A tipo 2 pãozinho frances, né. Açúcar no café! Doce de passar no pão não. Margarina, essa coisas. Macarrão, pizza, essas coisas tudo, fritura. Tudo que não pode (P1).

Horríveis né. O meu pior hábito era a coca-cola. Eu bebia antes da cirurgia 4 litros. A refeição nunca foi problema, o problema foi mais coca cola mesmo (P3).

Estes hábitos alimentares inadequados refletiram no ganho de peso, resultando em um saldo energético superior às necessidades calóricas dessas pessoas. Este comprometimento acarreta diretamente na saúde, favorecendo o surgimento de doenças como diabetes mellitus, hipertensão, doenças cardiovasculares, problemas ortopédicos e a obesidade. Os fatores psicológicos e emocionais possuem forte ligação com a compulsão alimentar, os portadores desta compulsão apresentam problemas de baixa autoestima e aceitação pessoal, transferindo muitas vezes para o alimento como uma forma de satisfação (MOSCA *et al*, 2010).

Em relação às mudanças relacionadas à alimentação após o procedimento cirúrgico, foi notória a quantidade de transformações referentes ao padrão alimentar. Os participantes da pesquisa relataram sobre as adaptações solicitadas durante todo o processo, desde o pós-operatório imediato até o momento em que se encontravam durante a realização da entrevista. Este processo enquadrou-

se dentro das exigências de cuidado previstas pela equipe multidisciplinar de saúde, para obter efetividade da cirurgia e manutenção do viver saudável, através do cuidado de si.

Ao analisar os hábitos alimentares posteriores ao procedimento cirúrgico dessas pessoas, foi percebido que as modificações na forma de se alimentar, foram significativas e que estas mudanças incluíram a redução do volume de alimentos ingeridos, tempo distendido para alimentar-se, tipo e consistência dos alimentos tolerados, número maior de refeições, mas em horários regrados, manejo na mastigação e deglutição.

Agora cada 3 horas, eu como em quantidade menor né [...] Só não posso comer muito rápido... Tem que comer devagar. Se comer muito rápido já embucha e não vai mais nada (P2).

Então, mas eu tento sair, esse negócio de lanche rápido, Mc Donald's, fui no Mc Donald's ontem, só para ver, pedi um lanchinho lá, ficou a metade aquela nojeira lá, "assa" gorduroso, não quero nem ver (P5).

A cirurgia bariátrica resulta em uma diminuição considerável sobre o volume alimentar. Alguns efeitos colaterais são descritos na literatura e também foram expressos por alguns participantes, como exemplo na fala de P5, onde relatou que alimentos fritos e com presença de gordura não são bem tolerados. Na literatura a intolerância alimentar se faz presente juntamente com outros desconfortos como diarreia, constipação intestinal, vômito (SILVA *et al*, 2011).

A agora mudou muito, mais salada, fritura não, uma que a fritura não desce bem então, mas eu tento sai, esse negócio de lanche rápido (P5).

É fundamental que seja realizado o acompanhamento da dieta pela equipe multidisciplinar a fim de contribuir com a manutenção da mesma pelo cliente e que se promova o autocuidado. A enfermagem deve estar presente nesse processo, prestando informações e esclarecimentos, realizando a escuta sensível, estando atenta às queixas e dúvidas apresentadas por cada sujeito.

Outra mudança importante na suplementação alimentar após o procedimento cirúrgico foi a inclusão da suplementação vitamínica, observado na grande maioria das falas dos participantes quando questionados sobre a nova realidade alimentar. Esta necessidade deve-se pelo fato de que após a cirurgia (*Bypass em Y de Roux*) ocorre uma significativa redução/absorção dos nutrientes devido a técnica cirúrgica mista que envolve restrição e disabsorção aos nutrientes, o que justifica a utilização do suplemento vitamínico para reposição e aproveitamento dos nutrientes essenciais ao viver saudável.

Eu só tomo remédio da tireoide, que eu fiz a cirurgia também antes dessa do estômago eu fiz a retirada, tomo vitamina, vitamina só (P4).

É só tomar mesmo a vitamina pós-operatório que é a Materna[®]. Eu, de estômago tomo Omeprazol, e a injeção maldita uma vez por mês. É Citoneurin[®] (P6).

A cirurgia bariátrica por ser uma técnica restritiva e muitas vezes ser acoplada a procedimentos disabsortivos quando o procedimento é feito também no intestino, ocorre diminuição no número de calorias e de algumas vitaminas, proteínas e outros nutrientes (FRANÇA; NASCIMENTO; GRAVENA, 2011). Neste caso é fundamental a suplementação alimentar, a fim de fornecer esse complemento nutricional ao cliente, o mesmo deve ser orientado a realizar essa atividade de acordo com as orientações recomendadas. A enfermagem deve orientar sobre a questão dos malefícios causados pela automedicação, reforçando a importância do autocuidado e da adesão aos tratamentos prescritos, conforme proposto por Dorothea Orem, nosso referencial teórico.

3.1.4 Promovendo o autocuidado diante das necessidades apresentadas após a Cirurgia Bariátrica

No período pós-operatório, o qual abrange os momentos imediato e/ou tardio, a Enfermagem tem como papel fundamental estabelecer o bem estar do cliente. Por esse motivo, a importância do enfermeiro nessa etapa tem ganhado destaque. Cabe a ele planejar a assistência de enfermagem, visando às necessidades físicas e emocionais para conseguir programar as ações necessárias ao cuidado (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009). Em relação às necessidades de cuidados apresentadas durante o período pós-operatório, independente do tempo de cirurgia, foi observado que os critérios alimentação, exercícios físicos e repouso estiveram presentes em todas as falas.

A pessoa pós-operada necessita de orientações referente à alimentação, pois durante os primeiros meses passa por alterações em sua alimentação, até conseguir chegar a uma dieta equilibrada. Esta necessidade de cuidado foi a mais acentuada no processo de readaptação pós-cirúrgica apresentada pelos entrevistados. A equipe de enfermagem deve estar preparada para compreender e avaliar esses conflitos, já que faz o elo com outras especialidades. Foi visto que a dieta inicia-se por uma fase líquida restritiva, onde as porções são fracionadas em mililitros e administrada em pequenos intervalos. Posteriormente a dieta é readequada passando para semi-pastosa, pastosa e branda (MÔNACO *et al*, 2006).

A todo né, para manter as dietas certinho, os mls, cuidados, a dieta é o principal (P7).

É, eu cuido na alimentação (P2).

Ai foi em 100 gramas, 100 ml, regrado... Era só batido no liquidificador, aquela sopinha leve, sem carne no primeiro mês, só com legumes, sem carboidrato, come só pastoso (P8).

Além da alimentação é necessário atentar para a questão psicológica devido às grandes transformações que o procedimento acarreta. As condutas de orientação e esclarecimentos são de extrema importância, visto que cada indivíduo apresenta necessidades diferentes, sendo que alguns conseguem atingir as metas em um curto espaço de tempo e outros acabam apresentando algumas dificuldades mesmo em longo prazo, dessa forma sentimentos de rejeição e frustração podem surgir, dificultando o avanço da recuperação (JUNIOR; CHAIM; TURATO, 2009). A questão psicológica deve ser trabalhada a fim de promover esclarecimentos e trabalhar cada questão isoladamente, para que os pacientes tenham menos prejuízos e possam alcançar o viver saudável o mais precoce possível. Algumas falas evidenciam a importância de se atentar a este cuidado no pós-operatório:

To. Esse foi um dos problemas da cirurgia, eles não tinham como encaminhar eu para o psiquiatra. Ai, e era uma das exigências da cirurgia, é eu precisava de um tratamento, quando eu comecei a ganhar peso eu conseguir manter essa mentalidade de não me sentir culpado para coisa. Só que como eu não tive essa consulta com psiquiatra eu comecei a me sentir culpado e comecei a engordar novamente (P3).

Os participantes da pesquisa relataram sobre a presença da atividade física em seu cotidiano como um reforço a manutenção do peso. Esta atividade visa o emagrecimento e a manutenção da massa magra, bem como tem papel importante no controle dos fatores de risco cardiovasculares e na manutenção do metabolismo (HAUSER *et al*, 2004). Alguns participantes aderiram à prática antes da cirurgia, dando continuidade após o período de repouso necessário, estabelecido pelo médico. Outros iniciaram após a operação. É notória a compreensão destes participantes sobre a atividade física como forma de cuidado que deve ser mantida como uma constante nos dias de vida que se seguem:

Físico também tem que fazer caminhada. Sim eu faço caminhada, faço academia (P7).

Antes bem pouco. Agora até dou uma corridinha, faço abdominal, faço 3 sessões de 10 por dia (P5).

Para manter o emagrecimento é necessário aderir hábitos saudáveis, entre eles destaca-se a atividade física. O exercício físico é importante para o gasto calórico e também auxilia na taxa metabólica, favorecendo a queima da glicose, auxiliando na redução do diabetes (TROMBETTA, 2003). Tal prática deve ser uma constante no dia-a-dia destas pessoas como forma de auxílio e manutenção do peso e da saúde, porém, cabe aos profissionais de saúde, compreender os limites de

cada um, para que os cuidados sejam direcionados adequadamente, pois algumas limitações a esta prática ainda se faz presente:

Não to fazendo muito esforço físico, eu não posso por causa dessa hérnia [...] faço abdominal, faço 3 sessões de 10 por dia, só que andei machucando a coluna, não sei se eu fiz errado (P5).

Algumas orientações para o pós-operatório imediato foram realizadas a fim de preservar o indivíduo: como suspensão de atividades físicas, cautela em relação a esforços e repouso. Nota-se a aderência às recomendações, evidenciando o autocuidado nas falas que se seguem:

Cuidar na questão de pegar peso, to fazendo o repouso certinho não to fazendo nada em casa (risos). To só recuperando. O que cê ta fazendo? Nada, tô recuperando (risos) (P7).

Os cuidados de uma cirurgia né... Repouso. Para não abrir a cirurgia né, para não fazer esforço para não abrir também. Essas coisas assim. Que é uma cirurgia grande, por fora não aparenta, mas por dentro foi bastante mexido (P1).

No pós-operatório imediato é salientada a importância do repouso para o favorecimento da recuperação, a fim de preservar as suturas, evitando deiscências e também pela complexidade do procedimento (SANCHES et al, 2007). Devem ser valorizadas estas orientações para o autocuidado, considerando que muitas das complicações decorrentes da cirurgia podem ocorrer nesta fase.

3.2 Vivendo melhor com Diabetes após a Cirurgia Bariátrica

As mudanças físicas ocorridas após a realização da cirurgia bariátrica são significativas no viver destas pessoas, muitas vezes com a remissão dos sintomas da diabetes. Mas também salientam-se com melhoria nos aspectos psicológicos, nas relações e interações sociais.

3.2.1 As mudanças nas relações interpessoais e na satisfação pessoal

O ser humano não se constitui só; existe sempre relação aos seus pares e ao meio-ambiente. Toda mudança corresponde a uma reação social e a uma resposta emitida em forma de comportamento. Desta feita, a pessoa que perde peso, aumenta seu senso de valor próprio, se traja com maior propriedade, sente-se mais adequada, é percebida como objeto de desejo. Tende a pensar o mundo, a sentir a vida e a emitir comportamentos diferenciados (MARCHESINI, 2010, p.109).

Evidenciou-se que o ser obeso está intimamente vinculado a autodepreciação nas relações interpessoais, esta por sua vez o afasta de se relacionar em diferentes situações, levando-o ao

isolamento social com consequente perda de valores construídos em sociedade, sendo implícito nas falas descritas abaixo:

Até pela parte, como que se diz, pelo vínculo social, né? A pessoa sente muito oprimida, não oprimida assim... Ahm, não é tipo um racismo, mas fica assim aquele preconceito. Então, muito preconceito pessoal (P5).

A o corpo, já não tava mais me aceitando e via que os outros também reparavam muito, tem muita discriminação né. Eu saía para comprar uma roupa, chega lá a o seu número não tem, eu já recebi muito isso (P7).

Os sentimentos de discriminação na sociedade apresentam íntima relação com a incongruência aos padrões instituídos no convívio social e este fato interfere substancialmente na autoestima e aceitação da condição de ser obeso, levando-o muitas vezes ao isolamento social e autopreconceito.

Tirar esse pânico que eu tenho né. Essa fobia social e vê se consigo emagrecer novamente e ganhar mais autoestima, né (P3).

Sem as pessoas dizer assim: Nossa P6 como você tá gorda! Você tem que perder peso, por que não sei o que... Isso incomoda a gente (P6).

É evidenciado em grande parte dos relatos que o procedimento cirúrgico resgata sentimentos até então ignorados e/ou desconhecidos no cotidiano daqueles que convivem/conviveram com a obesidade, como a melhora da autoestima e satisfação pessoal frente às novas mudanças corporais. Houve um reflexo considerável na qualidade de vida dos participantes, bem como a melhoria do convívio em família e despertar para convívio social.

Tudo boas. Só veio para somar. Só veio para melhorar a minha vida. Só. Na minha autoestima. Para trabalhar, fazer as coisas direitinho que não conseguia fazer completo. Pra passear, eu não saía mais de casa para passear (P1).

A tudo né, mudou tudo. Hoje eu dou valor a vida. Hoje eu valorizo cada dia que eu acordo, eu acordo feliz. Pra vê, eu tenho um espelho de 1m por 1,5, eu fico na frente assim, de manhã e penso assim... ô mais esse home nasceu de novo (P5).

A regressão progressiva da perda ponderal gera uma nova aparência corporal, o que fortalece alguns processos psicológicos, como o incremento da autoestima, proporcionando uma significativa melhora nos seus espaços sociais e psicológicos (AGRA; HENRIQUES, 2009).

Conforme pesquisa realizada por Magdaleno et al. (2009) a aceitação frente a sociedade e o possibilidade de aproximação com sua identidade que estava oculta pela obesidade, transpassa o ciclo vicioso baixa autoestima – incremento da ansiedade – impulso alimentar, com importante melhora da qualidade de vida dos pacientes.

O reflexo das positivas repercussões supracitadas, sobretudo, a autoestima que é resgatada na vida das pessoas após o procedimento cirúrgico, sofre influência edificante nas relações sociais, podendo levá-lo a motivação de sentir-se mais apreciado em seu vínculo social, resgatando sua vontade de viver.

É por exemplo, ontem eu fui visitar minhas amigas no trabalho, a minha patroa veio me abraçou, sabe... me disse: ai como você ta bem P6. Porque não sei, poxa ta sendo muito bom (P6).

Ah, mudou tudo, a convivência em casa [...] agora não, to bem animada (P7).

Os relatos apresentados corroboram com os escritos de Agra; Henriques (2009) quando este afirma que a cirurgia bariátrica não está vinculada apenas ao objetivo de eliminar ou amenizar as doenças associadas à obesidade, mas também promover o retorno às atividades sociais, melhorar o desempenho das atividades cotidianas e a afetividade interpessoal.

3.2.2 As repercussões psicológicas da obesidade e as perspectivas futuras

O indivíduo frente às repercussões da obesidade convive com problemas de ordem psicossocial, com enfrentamento de questões relacionadas à ansiedade, transparecendo na insatisfação e não aceitação de sua condição enquanto obeso, levando-os a potencializarem os agravantes e predisposições da doença, sobretudo, através da alimentação compulsiva.

O fator obesidade desencadeia a prevalência de distúrbios psíquicos, pois, reflete em diferentes variáveis, como sexualidade, transtornos de imagem, exclusão social e depressão (PINHO, *et al*, 2011). Neste estudo revela-se que os estigmas sociais são fatores relevantes para os sentimentos de autopreconceito e sofrimento psicológico no ser obeso, pois deixam transparecer nas entrelinhas a presença de estereótipos negativos em relação à própria condição enquanto obesos.

A cirurgia bariátrica tem se mostrado positiva em relação ao fator psíquico, sendo motivadora no processo de resgatar a autoimagem e satisfação pessoal. O indivíduo busca a aceitação social através da melhoria do padrão estético em busca da concretização da mudança de vida (CAVALCANTE, 2009). Após o procedimento é observado nos relatos estas alterações, destacando-se o aumento da autoestima e avaliação positiva sobre a própria imagem corporal.

A felicidade de tu entrar numa loja e a pessoa dizer assim é para ti a roupa? Tem! Por que antes tu chegavas né, para ti? Não tem! Hoje tu podes entrar numa loja e né, Ah sim, se olhar e dizer assim.. pô cadê aquela

mulher gorda, agora tá uma mulher magra na frente do espelho. [...] Antigamente tu saías de qualquer jeito. Hoje não. Hoje a hora que tu vai levantar, aí tu já se olha mais no espelho, já né, já se sente a tua auto estima bem melhor (P2).

Antes eu não tinha vontade para nada, antes arrumava nem uma unha. Mais se aceitando mais, antes nem o espelho o espelho até tirei, agora voltou o espelho, antes tava de costa, agora voltou de frente (P7).

Este resgate positivo da imagem corporal, advindo das transformações decorrentes da cirurgia, continuou presente após a diminuição e/ou estabelecimento do peso corpóreo. A partir do questionamento sobre as perspectivas futuras, percebe-se que o procedimento cirúrgico lhes ofereceu uma nova visão, focada agora na questão estética, expressa pelo desejo de corrigir imperfeições decorrentes da redução de peso para que a vida continue a lhes apresentar mais melhorias. Este fator foi salientado nas seguintes colocações:

A fazer uma plástica, porque tu deita na cama ta tudo (risos) não tem mais nada né, principalmente o seio parece dois ovo frito. Ai eu quero fazer seio e barriga (P2).

A fazer a minha plástica, para ficar firme, barriguinha sarada tanquinho. Tirar essa pele sobrando, isso aqui para lavar roupa não dá, ta tudo caído a barriga (risos) (P5).

A cirurgia plástica permite a satisfação total no processo de emagrecimento, visto que permite melhorias corporais relacionadas ao excesso de pele, restaurando a auto-imagem, facilitando a higiene pessoal e reforçando a questão da autoestima (FURTADO; NOGUEIRA; JÚNIOR, 2004).

Através desses relatos é notório o interesse no autocuidado por meio da busca pela melhoria na qualidade de vida, refletindo na imagem corporal. A redução do peso foi alcançada/estabelecida, agora o indivíduo anseia pelo reestabelecimento da aparência física, a fim de obter mais satisfação.

Tal satisfação transcende à perda de peso e deixa-se transparecer na alegria de estar vivo. A construção de um viver saudável a partir do procedimento cirúrgico torna-se meta a ser seguida e vivenciada com alegria e motivação.

Ah, tudo né! Mudou tudo. Hoje eu dou valor à vida. Hoje eu valorizo cada dia que eu acordo, eu acordo feliz [...] Olha não vou dizer 100% mas 99%. Tudo. A totalmente né. Hoje eu sou contente, hoje eu sou feliz, eu posso dizer que sou feliz (P5).

Eu ótimo. To muito satisfeita. Não me arrependendo em momento algum [...] só trouxe coisas boas, sabe [...] Mudou muito, me sinto bem, to bem mais leve né (P6).

Mesmo com as dificuldades e sacrifícios enfrentados na cirurgia bariátrica, as melhorias no viver após procedimento, com a alegria de viver e o sentimento de recompensa, faz com que busquem ajudar os que vivem na sua situação anterior, recomendando a cirurgia, conforme observa-se na fala:

Oh imagina, recomendo para todos que quiserem fazer. Recomendo que vá em frente. É sacrificado nos primeiros dias, depois passa [...] Ô, muito! A eu me sinto leve, me sinto de bem com a vida, bem, bem mesmo. Nossa, se continuar assim, maravilha!! (P7).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia bariátrica proporcionou melhoria ao viver das pessoas, com obesidade e diabetes, aspectos relevantes para o progresso de uma vida saudável, ao melhorar o controle de doenças associadas, disposição para o autocuidado, com incremento da qualidade de vida e acréscimo de valores pessoais e coletivos, como autoestima, aceitação pessoal e enfrentamento de problemas psicossociais. Apresentando-se como uma ferramenta terapêutica que apresenta altos índices de sucesso.

A remissão do diabetes e das alterações metabólicas associadas é acrescida da melhora dos problemas de ordem social e sentimentos de autopreconceito. Tais sentimentos foram despertados de forma significativa frente às novas mudanças corporais e clínicas. Houve um reflexo considerável na qualidade de vida dos participantes, bem como a melhoria do convívio em família e despertar para convívio social.

Mostrou-se importante as orientações e o preparo realizados pela equipe multiprofissional antes e depois do procedimento cirúrgico, pois os resultados positivos são frutos de autocuidado. A capacidade da pessoa com diabetes submetida a cirurgia bariátrica de participar do seu processo de viver, cuidando de si, visto que é ele o responsável para sustentar e promover a sua própria vida, pode ser alcançada após efetivo cuidado prestado pela equipe, salientando-se a ação do enfermeiro como educador e potencializador deste autocuidado.

REFERENCIAS

AGRA, Glenda. HENRIQUES, Maria Emília Romero de Miranda. **Vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia.** Rev. Eletr. Enf., v. 4, n.11, p.982-92, 2009.

CAVALCANTE, Renata de Carvalho. **Análise comportamental de obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.** Tese de Mestrado, 2009.

CHRISTOFÓRO, Berendina Elsin Bowman. CARVALHO, Denise Siqueira. **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório.** Rev. Esc. Enferm. USP, n. 43 v.1 14-22. 2009.

COHEN, Ricardo; TORRES, Marcelo Cerdan; SCHIAVON, Carlos A. **Cirurgia metabólica: mudanças na anatomia gastrointestinal e a remissão do diabetes mellitus tipo 2.** ABCD, Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva, vol.23, n.1, p. 40-45. 2010.

CORRÊA, Fernanda H. S. TABOADA, Giselle F. JÚNIOR, Carlos Roberto M.A. FARIA, André Murada. CLEMENTE, Eliete L.S. FUKS, Anna Gabriela. GOMES, Marília de Brito. **Influência da Gordura Corporal no Controle Clínico e Metabólico de Pacientes Com Diabetes Mellitus Tipo 2.** Arq Bras Endocrinol Metab, v. 47. N.1, Fev. 2003.

FERNANDES, MJA. **Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono e Obesidade.** Alimentação Humana, v.12, n.2. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2006.

FORCINA, Daniella Vodola; ALMEIDA, Bruno Olyntho de; RIBEIRO-JR, Marcelo Augusto Fontanelle. **Papel da cirurgia bariátrica no controle do diabetes Mellito tipo II.** ABCD Arq Bras Cir Dig., v,21 n.3 p. 130-2, 2008.

FRANÇA, Daiana Letícia de Mello. NASCIMENTO, Elisangela Almeida do. GRAVENA, Angela Andréia França. **Aspectos gastrointestinais, perda de peso e uso de suplementos vitamínicos em pacientes pós-operatório de cirurgia bariátrica.** Revista Saúde e Pesquisa, v. 4, n. 1, p. 23-28, Jan-Abr. 2011.

FREITAS, Alexandre Coutinho Teixeira de. **Cirurgia gastrointestinal no tratamento da diabetes tipo 2.** ABCD, Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva, v. 20, n.2, p.119-126. 2007.

FURTADO, Isaac Rocha. NOGUEIRA, Carlos Henrique, JÚNIOR, Edmar Maciel Lima. **Cirurgia plástica após a gastroplastia redutora: planejamento das cirurgias e técnicas.** Rev. Soc. Bras. Cir. Plást., v.2 n.19 pg.29-40, Mai-Ago 2004.

HAUSER, Cristina. BENETTI, Magnus. REBELO, Fabiana Pereira. **Estratégias para o emagrecimento.** Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, v. 6, n.1, p. 72-81, 2004.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO-HU. Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

IMIANOVSKI, Catarina; ROSS, Maria Fátima. **Contribuição da psicologia no tratamento da obesidade.** Dissertação (Graduação em Psicologia)- Universidade Regional de Blumenau, Blumenau. 2007.

MAGDALENO-JR., Ronis; CHAIM, Elinton Adami; TURATO, Egberto Ribeiro. **Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.** Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, v.31, n.1, pp. 73-78. 2009.

MANCINI, Marcio C.; CARRA, Mario K. **Dificuldade diagnóstica em pacientes obesos – Parte I.** Revista da ABESO. Ed. nº03, Ano II nº 03 – Ago/2001.

MARCELINO, Liette Francisco; PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva.** Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.12, p. 4767-4776. 2011.

MARCHESINI, Simone Dallegrave. **Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.** *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, vol.23, n.2, pp. 108-113. 2010.

MÔNACO, Daniela Vicinansa; MERHI, Vânia Aparecida Leandro; ARANHA, Nilton. BRANDALISE, André; BRANDALISE, Nelson Ary. **Impacto da cirurgia bariátrica “tipo capella modificado” sobre a perda ponderal em pacientes com obesidade mórbida.** *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, v. 4 n.15 p. 289-298, Jul-Ago, 2006.

MOSCA, Luciana Nunes. **Compulsão alimentar periódica de pacientes em tratamento para redução de peso.** *J Health Sci Inst.*, v.28, n.1, p.59-63, 2010.

PINHO, Priscilla Rocha; CHILLOF, Cristiane Lara Mendes; MENDES, Flavio Henrique; LEITE, Celso Vieira de Souza; VITERBO, Fausto. **Abordagem psicológica em cirurgia plástica pós-bariátrica.** *Rev. Bras. Cir. Plást.*, São Paulo, v. 26, n. 4, Dec. 2011.

SANCHES, Giselle Domingues. GAZONI, Fernanda M. KONISHI, Renata Koda. GUIMARÃES, Hélio Penna. VENDRAME, Letícia Sandre. LOPES, Renato Delascio. **Cuidados Intensivos para Pacientes em Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.19, n.2, Abril-Junho. 2007.

SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel. **Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional.** *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v. 19. Sup.1. p. 29-36. 2003.

SILVA, Mariana Rodrigues dos Santos Borges da; SILVA, Sandra Regina Bicudo da. FERREIRA, Aline Dayrell. **Intolerância alimentar pós-operatória e perda de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica pela técnica Bypass Gástrico.** *J Health Sci Inst.*, v. 29, n. 1 p. 41-44. 2011.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico.** 10ª ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial de saúde-enfermagem.** Florianópolis: Insular. 2004.

TROMBETTA, Ivani Credidio. **Exercício físico e dieta hipocalórica para opaciente obeso: vantagens e desvantagens.** *Rev Bras Hipertensão*, v.10 n.2 p.130-133, Abril-Junho, 2003.

VASCONCELOS, Patrícia de Oliveira. **Qualidade de Vida em Pessoas Submetidas à Cirurgia Bariátrica em Momentos Pré e Pós-Cirúrgico.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, nov. 2006.

ZEVE, Jorge Luiz de Mattos; TOMAZ, Carlos Alberto Bezerra. **Cirurgia metabólica: cura para diabete tipo 2.** *ABCD, Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva*, v.24, n.4, p. 312-317. 2011.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa proporcionou um grande aprendizado em relação às percepções das pessoas que vivem com doenças crônicas e todo o processo de transição, iniciado pelo surgimento do diabetes mellitus e outras patologias associadas, resultantes do ganho de peso, até o surgimento das mudanças positivas ocasionadas pela cirurgia bariátrica.

O contato com estas pessoas, através da comunicação na consulta e durante o momento da entrevista, nos proporcionou a experiência de observar além do verbal, nos detendo em manifestações explícitas pela comunicação não-verbal, favorecendo nosso processo de compreensão e desenvolvendo o sentido de busca. Junto com eles, aprendemos e ensinamos. Este trabalho nos proporcionou um maior conhecimento sobre as doenças crônicas, em especial a diabetes mellitus e a cirurgia bariátrica, enfocando principalmente a necessidade do preparo da enfermagem frente a esta nova realidade. A utilização da metodologia convergente assistencial na realização da pesquisa mostrou-se adequada e contribuiu na produção do cuidado as pessoas com DM2 submetidas a cirurgia bariátrica.

A teoria do Autocuidado de Orem, utilizada para embasar nosso estudo, esteve presente nas nossas ações a partir dos relatos dessas pessoas, que aprenderam a cuidar de si, iniciado no momento que decidiram realizar o procedimento cirúrgico. Em nossas orientações pudemos reforçar sobre a importância do autocuidado, visto que a manutenção dos resultados conquistados pela cirurgia dependem da capacidade do indivíduo em cuidar de si. A aplicação da teoria junto ao método de pesquisa convergente assistencial foi bem aceita e tivemos respostas positivas em relação aos participantes do estudo.

Durante o processo de construção deste trabalho, iniciado na 7ª fase através do pré-projeto, traçamos alguns objetivos que gostaríamos que fossem alcançados no final desta pesquisa. Mesmo diante de dificuldades, como o acesso aos participantes diante dos diversos critérios de inclusão, obtivemos satisfação total em relação a eles, já que conseguimos compreender todo o processo referente ao viver das pessoas em condições crônicas de saúde, sobretudo, a diabetes e a obesidade. Conseguimos adquirir conhecimento das patologias associadas, do processo cirúrgico e todas as mudanças ocasionadas após a realização do procedimento.

As categorias Vivenciando as repercussões e o autocuidado após a Cirurgia Bariátrica a qual discute a superação dos aspectos advindos da obesidade e as melhorias ao viver das pessoas através do controle de doenças associadas e; Vivendo melhor com DM após a cirurgia bariátrica, na qual são apresentadas a disposição para o autocuidado e o acréscimo de valores pessoais e coletivos,

como autoestima, aceitação pessoal e enfrentamento de problemas psicossociais, nos mostraram a importância dos cuidados, com as orientações e ações da equipe multiprofissional, para que a pessoa com diabetes submetida a cirurgia bariátrica atinja o seu objetivo. Pois, este processo exige o envolvimento das pessoas no seu cuidado para que os resultados positivos sejam alcançados.

A cirurgia bariátrica proporcionou melhoria ao viver das pessoas com obesidade e diabetes, trazendo aspectos relevantes para o progresso de uma vida saudável, ao melhorar o controle de doenças associadas, a disposição para o autocuidado, com acréscimo de valores pessoais e coletivos, como autoestima, aceitação pessoal e enfrentamento de problemas psicossociais. Apresenta-se como uma ferramenta terapêutica que apresenta altos índices de sucesso e como incremento da qualidade de vida destas pessoas.

A remissão do diabetes e das alterações metabólicas associadas observada nos sujeitos desta pesquisa é acrescida da melhoria dos problemas de ordem social e sentimentos de autopercepção. Tais sentimentos foram despertados de forma significativa frente às novas mudanças corporais e clínicas. Houve um reflexo considerável na qualidade de vida dos participantes, bem como a melhoria do convívio em família e despertar para convívio social.

A contribuição do cuidado de enfermagem às pessoas com DM2 submetidas à cirurgia bariátrica deve ser ressaltada, pois neste estudo mostrou-se importante as orientações e o preparo realizados pela equipe multiprofissional antes e depois do procedimento cirúrgico, pois os resultados positivos são frutos de autocuidado. A capacidade da pessoa com diabetes submetida à cirurgia bariátrica de participar do seu processo de viver saudável, cuidando de si, visto que é ele o responsável para sustentar e promover a sua própria vida, pode ser alcançada após efetivo cuidado prestado pela equipe, salientando-se a ação do enfermeiro como educador e potencializador deste autocuidado.

Como trata-se de um campo de conhecimento em saúde relativamente novo, principalmente para a enfermagem, além dos objetivos da pesquisa, acreditamos que o nosso trabalho venha a ter uma contribuição positiva para os profissionais da enfermagem, visto que durante nossas buscas em bases de dados, encontramos poucas referências teóricas sobre o tema. Sendo assim, deixamos nossa contribuição teórica sobre o assunto, e, como evidência científica, fornece contribuições sobre o processo de viver das pessoas com diabetes frente às repercussões da cirurgia bariátrica como também para futuras ações da enfermagem junto a estas pessoas.

REFERÊNCIAS

- ABESO - **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome. Metabólica.** - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009/2010.
- AGRA, Glenda. HENRIQUES, Maria Emília Romero de Miranda. Vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 4, n.11, p.982-92, 2009.
- ANJOS, Luiz Antonio dos. Diagnóstico de obesidade e determinação de requerimentos nutricionais: desafios para a área de Nutrição. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.18, n.2. 2013.
- BRANCO-FILHO, Alcides José et al. Gastroplastia como tratamento do diabete melito tipo 2. **ABCD, Arq bras de cirurgia digestiva**, v..24, n.4, p. 285-289. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (a)
- _____.Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica.** Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (b)
- _____. Ministério da Saúde (MS). **Obesidade: SUS realiza três novos tipos de cirurgia para redução de estômago.** [acessado 2013 mai 15]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>.
- _____. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.pdf> Acessado em: 23 de Abril de 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2011:** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
- _____.Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.132 p.
- _____. Ministério da Saúde (MS). **Obesidade: SUS realiza três novos tipos de cirurgia para redução de estômago.** 2011 (a)
- _____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Caderno de enfrentamento da DCNT. Ministério da Saúde, 2011 (b)
- _____. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.
- _____.Conselho Nacional de Saúde. **Publicada resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196.** Ministério da Saúde- Brasília 2013 Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html> Acesso em: 09 Jul. 2013.
- BUCHWALD, H.; ESTOK, R.; FAHRBAK, K.; BANEL, D; JENSEN, MD. PORIES, WJ.; BANTLE, JP.; SLEDGE, I. Weight and type 2 diabetes after bariatric sugery: systemic review and meta-analysis. **Am J Med.**, 122:248-56.2009.

CAVALCANTE, Renata de Carvalho. **Análise comportamental de obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2009.

CENEVIVA, Reginaldo. SILVA, Melina M. Viegas. SANTOS, José S. dos. JÚNIOR, Wilson Salgado. JÚNIOR, Orlando Castro e Silva. Evidências e dúvidas sobre o tratamento cirúrgico do diabetes tipo 2. **Medicina** (Ribeirão Preto), v. 44, n.4, p. 402-13. 2011.

CHRISTOFÓRO, Berendina Elsin Bowman. CARVALHO, Denise Siqueira. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. Esc. Enferm. USP** n. 43 v.1 14-22. 2009

COHEN, Ricardo; TORRES, Marcelo Cerdan; SCHIAVON, Carlos A. Cirurgia metabólica: mudanças na anatomia gastrointestinal e a remissão do diabetes mellitus tipo 2. **ABCD, Arq bras cirurgia digestiva**, vol.23, n.1, p. 40-45. 2010.

CORRÊA, Fernanda H. S. TABOADA, Giselle F. JÚNIOR, Carlos Roberto M.A. FARIA, André Murada. CLEMENTE, Eliete L.S. FUKS, Anna Gabriela. GOMES, Marília de Brito. Influência da Gordura Corporal no Controle Clínico e Metabólico de Pacientes Com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 47. N.1, Fev. 2003.

CUMMINGS, D.E.; OVERDUIN, J.; FOSTER-SCHUBERT, K.E. Gastric bypass for obesity: mechanisms of weight loss and diabetes resolution. **J Clin Endocrinol Metab.**, v.89, n.6, p.2608-15. 2004.

DIÓGENES, Maria Albertina Roch.; PAGLUICA, Lorita Marlena Freitag. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 24, n. 3, dez. 2003.

ESCOBAR, Fernanda de Almeida. **Relação entre Obesidade e Diabete Mellitus Tipo II em Adultos**. Cadernos UniFOA. Rio de Janeiro, 11 ed., p. 69-72, dez. 2009.

FELIX, Lidiany Galdino; SOARES, Maria Júlia Guimarães Oliveira; NOBREGA, Maria Miriam Lima da. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós- operatório de cirurgia bariátrica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, fev. 2012.

FERNANDES, MJA. Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono e Obesidade. **Alimentação Humana**, v.12, n.2. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2006.

FRANÇA, Daiana Letícia de Mello. NASCIMENTO, Elisangela Almeida do. GRAVENA, Angela Andréia França. Aspectos gastrointestinais, perda de peso e uso de suplementos vitamínicos em pacientes pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 1, p. 23-28, Jan-Abr. 2011.

FRANCISCHI, Rachel Pamfílio de. PEREIRA, Luciana Oquendo. FREITAS, Camila Sanchez. KLOPFER, Mariana. SANTO, Rogério Camargo. VIEIRA, Patrícia. JÚNIOR, Antônio Herbert Lancha. Obesidade: atualização sobre etiologia, morbidade e tratamento. **Rev de Nutrição**, Campinas, v.13, p.17-28, 2000.

FREITAS, Alexandre Coutinho Teixeira de. Cirurgia gastrointestinal no tratamento da diabete tipo 2. **ABCD, Arq bras cir dig**, v. 20, n.2, p.119-126. 2007.

FORCINA, Daniella Vodola; ALMEIDA, Bruno Olyntho de; RIBEIRO-JR, Marcelo Augusto Fontanelle. Papel da cirurgia bariátrica no controle do diabete Melito tipo II. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v,21 n.3 p. 130-2, 2008.

FURTADO, Isaac Rocha. NOGUEIRA, Carlos Henrique, JÚNIOR, Edmar Maciel Lima. Cirurgia plástica após a gastroplastia redutora: planejamento das cirurgias e técnicas. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.**, v.2 n.19 pg.29-40, Mai-Ago 2004.

GELONEZE, Bruno. TAMBASCIA, Marcos A. PAREJA, José C. REPETTO, Enrico M. MAGNA, Luis A. The insulin tolerance test in morbidly obese patients undergoing bariatric surgery. **Obes Res.**, 9: 763-9.2001.

GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem**: fundamentos para a prática profissional. Artes Médica. Porto Alegre: 1993

HAUSER, Cristina. BENETTI, Magnus. REBELO, Fabiana Pereira. **Estratégias para o emagrecimento**. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, v. 6, n.1, p. 72-81, 2004.

HU - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013. Disponível em:< http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/> Acesso em: 13 de Maio de 2013

IMIANOVSKI, Catarina; ROSS, Maria Fátima. **Contribuição da psicologia no tratamento da obesidade**. Dissertação (Graduação em Psicologia)- Universidade Regional de Blumenau, Blumenau. 2007.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Antropometria e Estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro. IBGE; 2010.

IBGE. **Pesquisa de orçamento familiar (POF)**, 2002/2003. Rio de Janeiro. [acesso 2013 maio 01]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>

KALUF, Roberto; AZEVÊDO, Fernando De Nápole; RODRIGUES, Larissa Oliveira. Sistemática cirúrgica em pacientes ex-obesos. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást**, vol. 21, n. 3. p. 166-74. 2006.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem**: Instrumento para prática. Florianópolis: Papa-livros, Florianópolis, 1999.

LUIZ, D.M.D.; ENCARNAÇÃO, J.N. Vantagens e desvantagens da Cirurgia bariátrica para o tratamento da Obesidade Mórbida. **Rev Bras de Obes e Emagrecimento**, São Paulo, v.2, n. 10, p. 376-378, jul/ago. 2006.

MAGDALENO JR., Ronis; CHAIM, Elinton Adami; TURATO, Egberto Ribeiro. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.31, n.1, pp. 73-78. 2009.

MANCINI, Márcio C. **Noções fundamentais – diagnóstico e classificação da obesidade**. In: GARRIDO JÚNIOR, Arthur B. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, p. 1 -7. 2002.

MANCINI, Marcio C.; CARRA, Mario K. Dificuldade diagnóstica em pacientes obesos – Parte I. **Rev da ABESO**. Ed. nº03, Ano II nº 03 – Ago/2001.

MANZINI, E.J. **Entrevista semi-estruturada**: análise de objetivos e roteiros. In: Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos. Anais Bauru USC, Bauru: 2004

MARCELINO, Liete Francisco; PATRÍCIO, Zuleica Maria. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p. 4767-4776. 2011.

MARCHESINI, Simone Dallegrave. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, vol.23, n.2, pp. 108-113. 2010.

MELLO, Elza D. LUFT, Vivian C. Meyer, Flavia. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudanças de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas? **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 80, n.6. 2004.

MELO, Maria Edna de; **Os números da obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 e POF 2008-2009.**

MILLÉO, FQ. **Entero-omentectomia adaptativa como tratamento auxiliar do diabetes mellitus tipo 2.** Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da UFP – Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2009. 108 p.

MÔNACO, Daniela Vicinansa; MERHI, Vânia Aparecida Leandro; ARANHA, Nilton. BRANDALISE, André; BRANDALISE, Nelson Ary. Impacto da cirurgia bariátrica “tipo capella modificado” sobre a perda ponderal em pacientes com obesidade mórbida. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 4 n.15 p. 289-298, Jul-Ago, 2006.

MOSCA, Luciana Nunes. Compulsão alimentar periódica de pacientes em tratamento para redução de peso. **J Health Sci Inst.**, v.28, n.1, p.59-63, 2010.

MOTTA, Denise Giacomo da. PERES, Maria Thereza Miguel. CALÇADA, Maria Luisa M. VIEIRA, Carla Maria. TASCA, Ana Paula Wolf. PASSARELLI, Carolina. Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP. **Saúde em revista: Segurança Alimentar e Nutricional**, v.6, n.13, Mai/Ago. 2004.

NEGRÃO, Renata de Jesus da Silva, **Cirurgia Bariátrica: Revisão Sistemática e Cuidados de Enfermagem no pós-operatório.** São Paulo. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2006.

NOGUEIRA, Maria Izabel dos Santos; SILVA, Magna Maria Pereira da; MATA, Ádala Nayana de Sousa. **A teoria do autocuidado e sua aplicação para a Enfermagem no Programa de Saúde da Família (PSF).** Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/70/2012_70_4028.pdf> Acesso em: 22 Nov. 2012.

OLIVEIRA, Aline Furtado Carlos de; NOGUEIRA, Maria Suely. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 388-394, 2010.

PAREJA, José Carlos. Diabetes tipo 2 e o tratamento cirúrgico. **Rev Col Bras Cir.**, v.34, n.4. 2007.

PEREIRA, Juliana Marquezi; BURIOLA, Aline Aparecida. Expectativas de jovens frente à realização de cirurgia bariátrica. **Colloquium Vitae**, v. 3 n. Especial, jul-dez. 2011.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; FREITAS, Sergio Fernando Torres; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n.4, p. 523-533. Out./dez. 2004.

PINHO, Priscilla Rocha; CHILLOF, Cristiane Lara Mendes; MENDES, Flavio Henrique; LEITE, Celso Vieira de Souza; VITERBO, Fausto. Abordagem psicológica em cirurgia plástica pós-bariátrica. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 26, n. 4, Dec. 2011.

POLYZOGOPOLU, Eftihia V. KALFARENTZOS, F. VAGENAKIS, AG.

ALEXANDRIDES, TK. Restoration of euglycemia and normal acute insulin response to glucose in obese subjects with type 2 diabetes following bariatric surgery. **Diabetes**, v.52, p.1098-103. 2003.

RAIMONDO, Maria Lúcia FEGADOLI, Débora. MÉIER, Marineli Joaquim. WALL, Marilene Loewen. LABRONICI, Liliana Maria. FERRAZ, Maria Isabel Raimondo. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, jun. 2012.

REPETTO, Giuseppe; RIZZOLLI, Jacqueline; BONATTO, Cassiane. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, There, and Everywhere. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 47, n.6, p.633-635. 2003.

SANCHES, Giselle Domingues. GAZONI, Fernanda M. KONISHI, Renata Koda. GUIMARÃES, Hélio Penna. VENDRAME, Letícia Sandre. LOPES, Renato Delascio. Cuidados Intensivos para Pacientes em Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica. **Rev Bras Terapia Intensiva**, v.19, n.2, Abril-Junho. 2007.

SANTIAGO, Jênifa Cavalcante dos Santos. **Análise da obesidade em adultos jovens escolares: subsídio à educação em saúde pelo enfermeiro.** Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará. 2012.

SANTO, Marco Aurelino; CECCONELLO, Ivan. Obesidade mórbida: controle dos riscos. **Arq Gastroenterol**, v. 45, n.1, jan./mar. 2008.

SANTOS, Luciano Alex dos. **Avaliação nutricional de pacientes obesos antes e após seis meses após cirurgia bariátrica.** Faculdade de farmácia da UFMG. Belo Horizonte, 2007.

SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19. Sup.1. p. 29-36. 2003.

SBEM. Projeto Diretrizes - Sobrepeso e Obesidade: Diagnóstico. 2005.

SCHUTZ, Rafael. LONGO, Larisse, FRATTA, Leila Xavier Sinigaglia. SCKENKEL, Guilherme Correa. RITTER, Barbara Christina. BRODBECK, Deise Cristiane. SILVA, Giana Indianara da. LARA, Gustavo MÜLLER. Reversão do diabetes mellitus tipo 2 através da cirurgia bariátrica. **RBAC**, v.44, n.1, p.5-9. 2012.

SILVA, Irene de Jesus. OLIVEIRA, Marília de Fátima Vieira de. SILVA, Sílvio Éder Dias da. POLARO, Sandra Helena Isse. RADÜNZ, Vera. SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos. SANTANA, Mary Elizabeth de. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, Set. 2009.

SILVA, Mariana Rodrigues dos Santos Borges da; SILVA, Sandra Regina Bicudo da. FERREIRA, Aline Dayrell. Intolerância alimentar pós-operatória e perda de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica pela técnica Bypass Gástrico. **J Health Sci Inst.**, v. 29, n. 1 p. 41-44. 2011.

SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. **Consenso Bariátrico**. 2008. [acesso em 2013 mai 17]. Disponível em: <http://www.sbcbm.org.br/membros_consenso_bariatrico.php>.

ABESO SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBESIDADE, Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010 / **ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. 3ª ED. Itapevi/SP: AC Farmacêutica, 2009

SOUZA, Maria de Lourdes de. SARTOR, Vicente Volnei de Bona. PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. PRADO, Marta Lenise do. O Cuidado em Enfermagem- uma aproximação teórica. **Contexto Texto-Enferm**, Florianópolis, v.12, n. 2, Junho. 2005.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 10ª ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TARDIO, Ana Paula; FALCÃO, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev. Bras. Nutr. Clin.**, v. 21, n2, p.117-24. 2006.

TERENCE, Ana Cláudia Fernandes; FILHO, Edmundo Escrivão. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais**. XXVI ENEGEP - Fortaleza, CE, Brasil, 9 a 11 de Outubro de 2006. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR540368_8017.pdf> Acesso em: 30 Nov. 2012.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial de saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular. 2004

TROMBETTA, Ivani Credidio. Exercício físico e dieta hipocalórica para opaciente obeso: vantagens e desvantagens. **Rev Bras Hipertensão**, v.10 n.2 p.130-133, Abril-Junho, 2003.

VASCONCELOS, Patrícia de Oliveira. **Qualidade de Vida em Pessoas Submetidas à Cirurgia Bariátrica em Momentos Pré e Pós-Cirúrgico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, nov. 2006.

WHO - World Health Organization – **Obesity**. Genebra, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/>> Acesso em: 02 dez. 2012.

WHO - World Health Organization - **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

WHO - World Health Organization - **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation on Obesity. Genebra: 1998.

WHO - World Health Organization - **Interventions on diet and physical activity**: what works, 2009.

ZEVE, Jorge Luiz de Mattos; TOMAZ, Carlos Alberto Bezerra. Cirurgia metabólica: cura para diabetes tipo 2. **ABCD, Arq bras cir dig.**, v.24, n.4, p. 312-317. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes da pesquisa

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787**

E-mail: nfr@ccs.ufsc.br
Homepage: www.nfr.ufsc.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS
PARTICIPANTES DA PESQUISA²**

Ao assinar este termo, forneço o meu consentimento para participar da pesquisa “O viver das pessoas com diabetes mellitus frente às repercussões da cirurgia bariátrica” como Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, conduzida pelas acadêmicas Gil Ferreira Santos e Patrícia Olívia Borges (pesquisadoras principais) e orientada pela Profa. Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles (pesquisadora responsável).

Estou ciente que participarei de uma pesquisa que tem como objetivo *avaliar as repercussões da cirurgia bariátrica para o viver de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 atendidas em um Hospital Universitário de Referência no Estado de Santa Catarina*, e que minhas informações poderão contribuir para a melhoria do cuidado a pessoas com Diabetes mellitus submetidas a cirurgia bariátrica,

²O presente T.C.L.E. deverá ser assinado em duas vias. Uma ficará de posse da pesquisadora e a outra com os próprios participantes da pesquisa.

Estou orientado que as pesquisadoras coletarão dados através de uma entrevista gravada, realizada durante a consulta de enfermagem, e que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa, como em publicações e eventos científicos.

Compreendo que minha participação será combinada em conjunto com as pesquisadoras, sem trazer qualquer prejuízo para a minha pessoa. Entendo que as nossas identidades serão preservadas, sendo utilizados nomes fictícios e não os verdadeiros.

Minha participação na pesquisa é voluntária e poderei me negar a participar da mesma, bem como deixar de participar a qualquer momento, sem prejuízos para o meu atendimento. Para isso, basta que eu comunique a decisão, por qualquer meio, a qualquer uma das pesquisadoras.

Compreendo que terei acesso aos resultados dessa pesquisa caso o solicite, e que as pesquisadoras são as pessoas com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas através dos telefones (48) 9975-7110 (Acadêmica Gil Ferreira Santos) e (48) 8425-0171 (Acadêmica Patrícia Olívia Borges).

Florianópolis, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante

Documento de Identidade

APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Identificação/Contextualização

Código_____

Nome:

Idade:

Sexo:

() Masculino () Feminino

Antes do procedimento: Peso:

Altura: IMC:

Após o procedimento: Peso:

Altura: IMC:

Tipo de Diabetes:

Data da cirurgia/procedimento:

Tipo de técnica cirúrgica:

Escolaridade:

() Não alfabetizado

() Ensino Fundamental completo

() Ensino Fundamental incompleto () Ensino Médio completo

() Ensino Médio incompleto () Ensino Superior completo

() Ensino Superior incompleto

Renda salarial:

() Menor que 1 salário

() Recebe 1 salário

() 1 a 3 salários

() 3 a 5 salários

() Maior que 5 salários

Profissão:

Estado civil:

() Solteiro

() Casado

() Separado

() Viúvo

Medicações antes da cirurgia:

() Não () Sim

() Usou insulina? Quantas unidades?_____

Medicações após a cirurgia:

() Não () Sim

() Usa insulina? Quantas unidades?

() Outros? Cite?

Fazia uso de bebida alcóolica antes da cirurgia?

() Não () Sim Quanto?

Faz uso de bebida alcóolica após a cirurgia?

() Não () Sim Quanto?

Fumo:

() Não () Ex tabagista

() Sim Quantos cigarros ao dia?

Atividade/Exercícios físicos:

() Não () Sim Frequência:

Histórico de doenças/ co-morbididades associadas:

Sono e repouso:

Hábitos alimentares antes da cirurgia:

Hábitos alimentares após a cirurgia:

Questões Norteadoras

1. O que levou você a fazer a cirurgia? Por que quis fazer? Quem indicou?
2. Como foi o processo até chegar a cirurgia?
3. Como foi a cirurgia?
4. Houve mudanças na sua vida após a cirurgia?
5. Houve mudanças na forma de você se cuidar?
6. Quais mudanças clínicas você percebeu em relação a diabetes?
7. Você ficou satisfeito com a cirurgia?
8. Quais as necessidades de cuidados nesse momento?
9. Quais perspectivas futuras?
10. Qual sua visão em relação as mudanças em seu viver?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O VIVER DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS FRENTE ÀS REPERCUSSÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Pesquisador: Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13659413.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 270.860

Data da Relatoria: 13/05/2013

Apresentação do Projeto:

"O VIVER DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS FRENTE ÀS REPERCUSSÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA". Projeto de pesquisa, de abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial a ser realizada em um hospital de referência, que visa avaliar as repercussões da cirurgia bariátrica para o viver de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 atendidas no Hospital Universitário da UFSC.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal é avaliar as repercussões da cirurgia bariátrica para o viver de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 atendidas em um Hospital Universitário de

Referência no Estado de Santa Catarina. Secundariamente: - listar a presença de co-morbidades ligadas à obesidade após cirurgia bariátrica; - identificar as alterações clínicas das pessoas com diabetes pós cirurgia bariátrica, expressa segundo a teoria do autocuidado e analisá-las segundo este referencial teórico; - conhecer as repercussões para o viver com diabetes (rede de suporte social, locus de controle e estratégias de enfrentamento) dos participantes ante situações pós-cirúrgica; - identificar a percepção das pessoas com diabetes após cirurgia bariátrica, em relação a sua doença e tratamento; -prestar assistência de enfermagem, através de consultas, visando a promoção e prevenção de saúde das pessoas com diabetes após cirurgia bariátrica.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 270.860

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores a pesquisa não preve riscos aos participantes e, como benefícios trará contribuições para o cuidado da pessoas com Diabetes mellitus submetidas a cirurgia bariátrica, que é uma área nova e ainda pouco estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um Trabalho de Conclusão de Curso - TCC do Curso de Enfermagem da UFSC. Uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial a ser realizada em um Hospital Universitário, com objetivo de avaliar as repercussões da cirurgia bariátrica para o viver de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 atendidas em um Hospital Universitário da UFSC. Serão entrevistados pessoas com obesidade grau III ou grau II e que apresentam como co-morbidade associada diabetes mellitus tipo 2, atendidos na clínica Médica III e no ambulatório de pós-operatório de cirurgia bariátrica. Os dados serão analisados concomitantemente com a coleta de dados, seguindo os processos de apreensão, síntese, teorização e transferência. Também serão consultados dados em prontuário médico referentes ao tipo de procedimento cirurgico realizado e medicamentos em uso pelo participante. O projeto está bem estruturado com critérios de inclusão bem definidos e documentação completa. TCLE adequado, de fácil compreensão, contemplando um campo para autorização da coleta de dados no prontuário, estando portanto de acordo com a Resolução nº196/96 e normas complementares. Recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação completa.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 270.860

FLORIANOPOLIS, 13 de Maio de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

